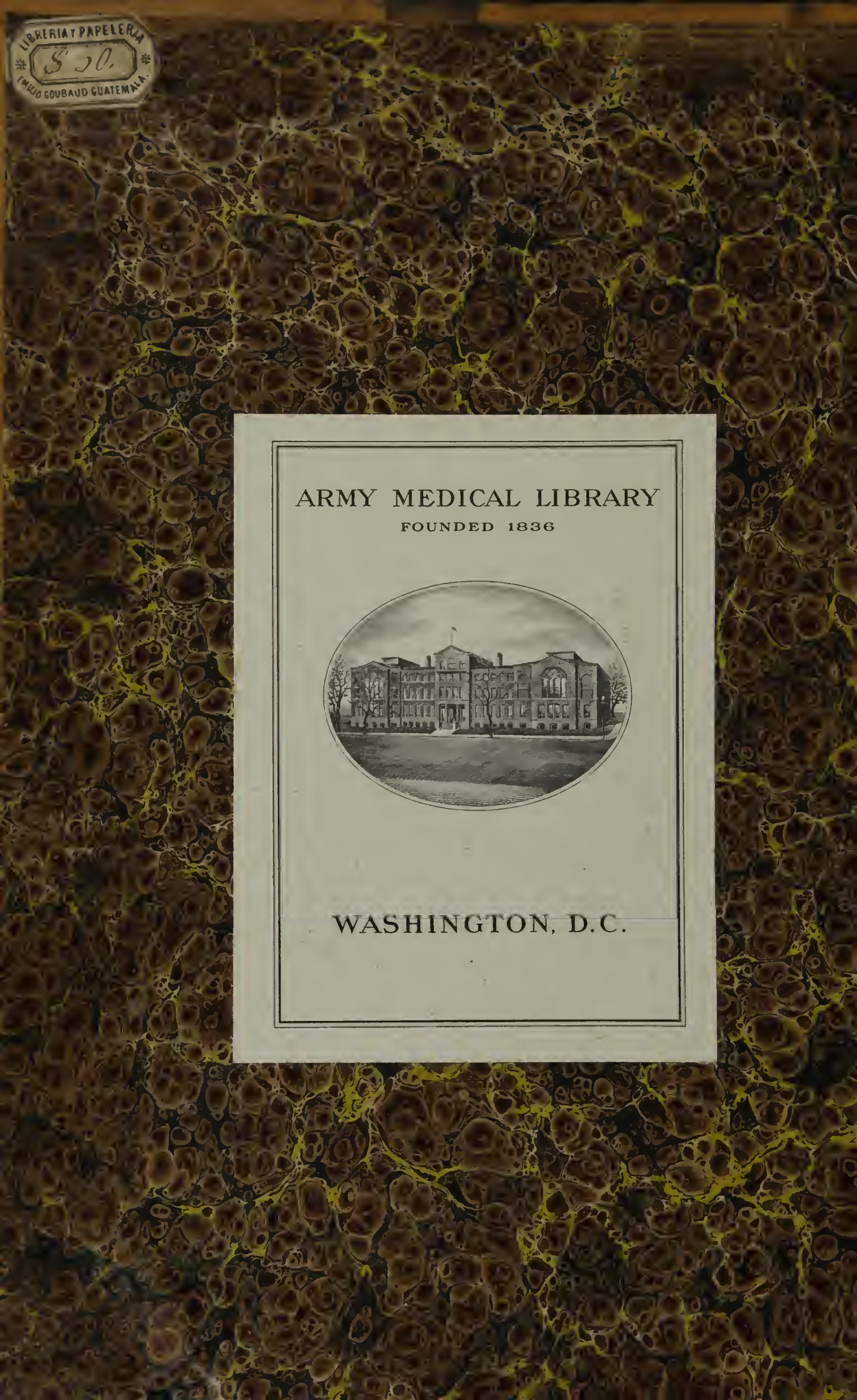
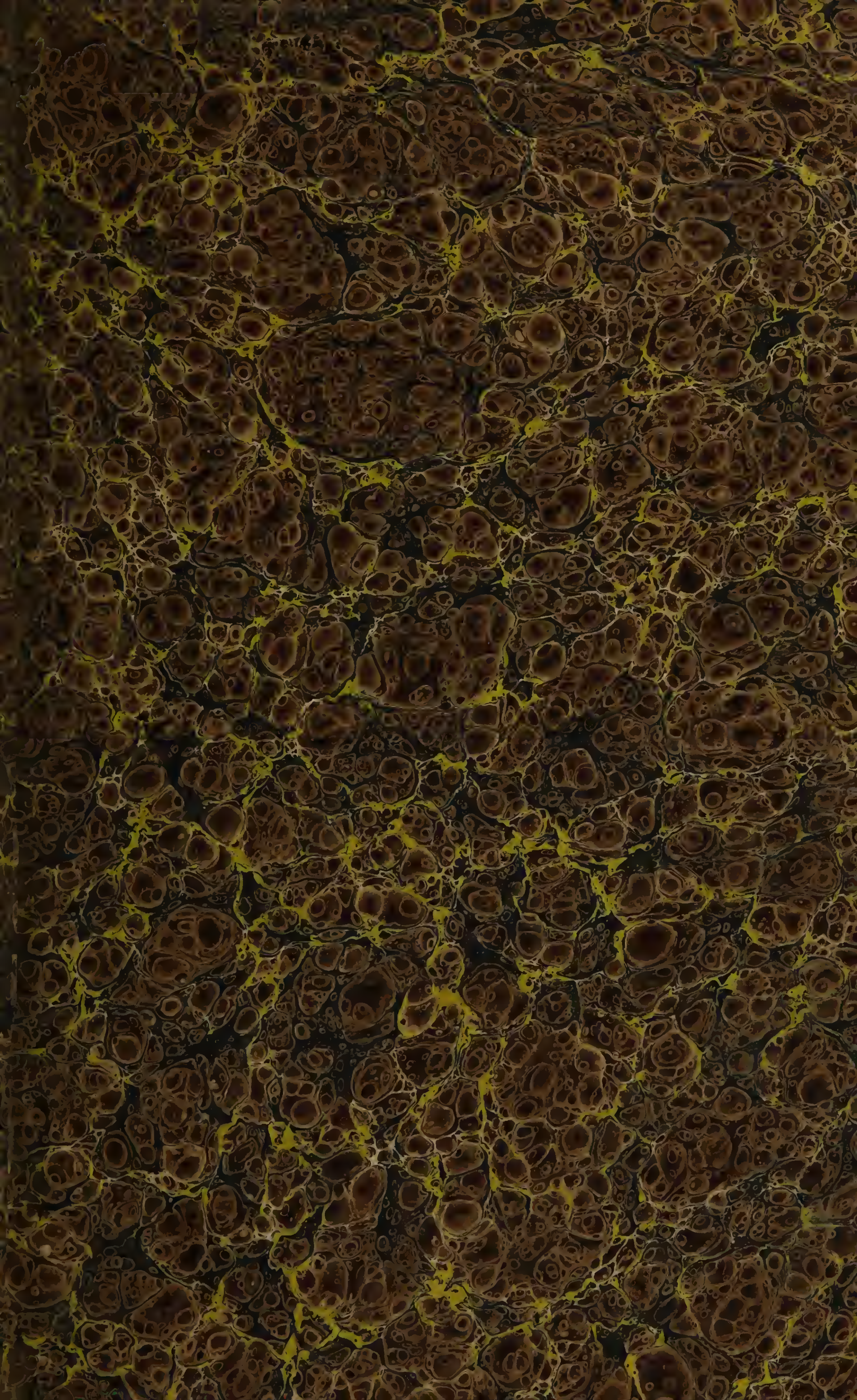



LIBRERIA Y PAPELERIA
$ 50.
EMILIO GOUBAUD GUATEMALA
ARMY MEDICAL LIBRARY
FOUNDED 1836
WASHINGTON, D.C.



BIBLIOTECA ESCOGIDA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA.

Director..... D. MATIAS NIETO SERRANO.

Redactores.. D. GABRIEL USERA.
D. FRANCISCO MENDEZ ALVARO.
D. SERAPIO ESCOLAR Y MORALES.
D. FRANCISCO ALONSO.
D. ANTONIO CODORNIU.
D. ELIAS POLIN.

TRATADO COMPLETO

DE

PATOLOGIA Y TERAPEUTICA

GENERAL Y ESPECIAL,

QUE CONTIENE

1.º UNA PATOLOGIA Y TERAPEUTICA GENERAL.
2.º UNA PATOLOGIA ESTERNA.
3.º UNA PATOLOGIA INTERNA.
4.º UN DICCIONARIO DE TERAPEUTICA.

PUBLICADO

POR LOS REDACTORES DE LA BIBLIOTECA ESCOJIDA DE MEDICINA Y CIRUJIA, SIRVIENDOLES DE BASE LAS OBRAS DE ANDRAL, BERARD, BOISSEAU, BOYER, CHELIUS, CHOMEL, DUBOIS, J. Y P. FRANK, MONNERET, FLEURY, PINEL, SZERLEKI, VELPEAU, VIDAL DE CASIS, ETC.



MADRID.

IMPRENTA DE LA CALLE DE S. VICENTE A CARGO DE D. CELESTINO G. ALVAREZ.
1849.

TRATADO COMPLETO

DE

PATOLOGIA INTERNA,

SACADO DE LAS OBRAS

DE MONNERET Y FLEURY, ANDRAL, J. P. FRANK, JOSE FRANK, PINEL, CHOMEL, BOISSEAU, BOILLAUD, GENDRIN, HUFELAND, ROCHE Y SANSON, VALLEIX, REQUIN, PIORRY, Y OTROS MUCHOS AUTORES;

COMO TAMBIEN

DE LOS PRINCIPALES DICCIONARIOS DE MEDICINA

Y DE LAS COLECCIONES PERIÓDICAS,

Por los Redactores de la Biblioteca de Medicina.

TOMO VIII.

LIBRERIAS DE VIANA Y D. ENRIQUE JORDAN: EN LAS PROVINCIAS DONDE SE SUSCRIBE AL MUSEO CIENTÍFICO Y GACETA MÉDICA.

TRATADO COMPLETO

DE

PATOLOGIA INTERNA.

SEGUNDA PARTE.

DE LAS ENFERMEDADES EN PARTICULAR.

ORDEN SÉTIMO.

Enfermedades de la piel.

GÉNERO TERCERO.

PUSTULAS.

ARTICULO PRIMERO.

Del ectima.

«La palabra *ectima* se deriva de εκθυειν, *erumpere, cum impetu ferri*, romper con furor, ó de εκθυμιάω, yo exhalo, yo hago salir.

»Sinonimia.—Τερμινθος vel θερμινθος, ερεβινθος, επινυκτις, (derivado de επι y νυξ, porque esta enfermedad aparece por la noche ó porque turba el reposo de la noche) Celso, Galeno, Aetius; *terminthus*, Wiseman, Lorry, Turner, Plenck; *epenyctis*, Sauvages, Vogel, Sagar; *ecthyma*, Willan, Bateman, Rayer, Biett; *ecpyesis ecthyma*, Good; *phlysis ecthyma*, Young; *psoris crustácea* y despues *phlyzacia*, Alibert; *melasma*, Plenck, Linneo, Vogel; *psydracia*, Franck; *phlyzacion*, Pagett.

»Definicion.—Esta denominacion, empleada ya por Hipócrates para designar una inflamacion pustulosa de la piel, la han usado despues Willan y Bateman para significar una enfermedad cutánea, no contagiosa, caracterizada por pústulas redondeadas, de un volúmen considerable, llamadas *phlyzacias*, generalmente poco numerosas, con base dura, roja, inflamada, á las que sigue una costra oscura, mas ó menos gruesa, que despues es sustituida por una mancha rojiza y alguna vez por una pequeña cicatriz.

»Division.—Bateman ha descrito cuatro especies de ectima: A. *ecthyma vulgare*; B. *ecthyma infantile*, que no se diferencia del de los adultos, sino por su mayor estension, la mayor duracion de la enfermedad y algunas circunstancias propias del sugeto; C. *ecthyma luridum*; D. *ecthyma cachecticum* (*ecthyma febrile* de Willan). Las condiciones patológicas en que se ha fundado Bateman para admitir estas cuatro especies de ectima, no necesitan una descripcion separada (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, por Bateman, trad. por Bertrand en 8.°; París, 1820, p. 230). Por lo demas ya tendremos ocasion en el curso de este artículo de tratar de cada una de estas especies.

Alibert estudia separadamente el ectima agudo y el ectima crónico, bajo el nombre de *phlyzacia* (*Monographie des dermatoses*, en 4.°; París, 1832, p. 67). Rayer adopta el mismo método (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, en 8.°, tomo I, 1826, p. 431). Biett (art. Ectima, *Dictionaire de médecine*, segunda edicion, p. 165), Cazenave Schedel (*Abrégé*

pratique des maladies de la peau, en 8.º, 1838, p. 218), no diferencian en su descripcion el ectima agudo del crónico. Nosotros seguiremos este ejemplo, convencidos de que las diversas particularidades que puedan ofrecer los síntomas, el curso y las causas de la enfermedad, tendrán naturalmente su lugar en la historia general que vamos á trazar. Willan y otros despues que él, han descrito un ectima sifilítico (*ecthyma sifiliticum*); pero nosotros no podemos separar asi del estudio de la sífilis una afeccion cutánea, cuya causa es la afeccion venérea, y que debe encontrarse reunida á las demas formas que toman las enfermedades cutáneas producidas por dicho virus específico (v. Sifilides).

»Sitio anatómico.—Por lo que puede suponerse, segun el estado actual de nuestros conocimientos, dice Biett, el ectima reside en los folículos sebáceos como las viruelas. «Efectivamente, siguiendo con detenimiento el desarrollo de la flegmasia, se vé primero un punto rojo saliente, que no parece otra cosa sino el mismo folículo inflamado. Despues se aumenta la hinchazon, se estiende en forma de aureola la rubicundez, y alrededor de un punto negro central se forma una pequeña coleccion, que mas adelante adquiere la forma redonda de la pústula flizácea. Por lo demas sigue en su desarrollo y en su declinacion una marcha parecida á la de la varioloides, sucediéndose unas pústulas á otras y corriendo sus períodos, ora aisladamente, ora por grupos de cinco ó seis pústulas aglomeradas (art. cit., p. 168).» Las costras consiguientes, que ó son redondeadas, ó irregulares cuando resultan de la rotura de muchas pústulas unidas, tienen un color amarillo ó negruzco por la combinacion del líquido purulento con la sangre; el desprendimiento de estas costras se efectúa mas ó menos rápidamente: tales son las variaciones que se efectúan localmente en la pústula.

»Un autor inglés, Samuel Plumbe, las ha considerado de diferente modo; y como su opinion ha seducido á algunos, creemos deber presentarla por completo. Este autor dice, que bien sea por alguna causa debilitante general, ó por una irritabilidad mayor de la piel, se afectan los vasos pequeños y se forma una verdadera petequia; pero como tienen tendencia estos vasos á reparar el mal, empieza la accion inflamatoria. Se derrama por los vasos rotos una linfa coagulable, que se mezcla con los demas líquidos exhalados; la desecacion da lugar á las primeras costras; mas como la constitucion está demasiado deteriorada para concurrir á la accion reparadora, se establece la supuracion, aunque de un modo irregular, y viene á mezclarse con la materia concreta un pus mal elaborado, que se seca y aumenta el volúmen de las costras. Ademas se unen glóbulos rojos á los diferentes productos segregados. Sosteniendo las costras cierto grado de irritacion en la superficie á que estan unidas, se aumenta y espesa la secrecion purulenta; la piel se endurece, y de este modo se estiende la lesion á las partes inmediatas.

»Todd ha censurado esta esplicacion de los fenómenos locales del ectima dada por Plumbe (*Cyclopedia of practical medicine*, tomo I, página 672), y refiriéndose á otros autores trae observaciones relativas á la lesion anatómica, que nos han parecido dignas de fijar la atencion. En el primer grado del mal, cuando no existe mas que una elevacion roja de la piel, solo se observa una inyeccion vascular. En el segundo grado, se deposita bajo la piel en la punta de la pústula, y muy rara vez en toda su estension, cierta cantidad de serosidad. En el tercero, se deposita en el centro de la elevacion una sustancia de la naturaleza de las falsas membranas. En el cuarto, cuando se ha estraido esta sustancia y quitado el epidermis, aparece la pústula bajo la forma de una capsulita rodeada de un borde ancho y duro. En fin, en el quinto grado el borde se borra gradualmente, formándose una pequeña cicatriz debajo de la costra, cuyo centro está deprimido en el sitio donde ha existido la perforacion.

»Biett, que rechaza con razon la hipótesis de Plumbe, observa que si el corto derrame que se efectúa por las estremidades vasculares fuese en efecto el orígen de la inflamacion pustulosa, deberia verse esta en toda clase de petequias; en las cuales no es dudoso el derrame sanguíneo, y en cantidad bastante grande para que pudiera determinar una inflamacion.

»Sintomatologia.—Cuando el número de pústulas es poco considerable, se presenta sucesivamente la erupcion sin observarse síntomas precursores. En circunstancias contrarias la aparicion de las vesículas va precedida de una desazon y languidez que dura algun tiempo, de horripilaciones, anorexia, inapetencia, sed, cefalalgia, cansancio, estreñimiento y diarrea. Estos fenómenos cesan unas veces y otras toman mayor intension en la época de la erupcion.

»Luego se perciben muchos puntos rojos, salientes, circunscritos, algo duros, que presentan desde el segundo dia en su punta una coloracion blanquizca, debida al líquido purulento que se ha formado. Al tercero ó cuarto dia existen ya pústulas bien caracterizadas, redondas, prominentes, elevadas sobre una base dura y circular, de un rojo vivo ó lívido, en las personas de edad avanzada. Hácia el sesto ó sétimo dia se rompe la punta de la pústula, y el fluido que sale se concreta formando una costra amarilla, oscura ó verdosa. Esta se desprende al fin del primero ó segundo septenario, y no queda en la piel mas que una ligera mancha violácea: «pocas veces está deprimida la capa superficial del dermis, y sobre todo no tiene nunca la cicatriz la forma de las de las viruelas, dependiendo mas bien su estension de la costra que de la misma pústula» (Biett, artículo citado, pág. 167). Algunas veces puede la irritacion local determinar dolores é hin-

chazon de los gánglios linfáticos cercanos á las pústulas.

»Se presentan generalmente las pústulas en los miembros inferiores, las manos, los brazos, el tronco, y pocas veces en la cara y piel del cráneo. Rayer señala como sitio del ectima crónico el cuello, la cabeza, los miembros y la cara (obra cit., p. 432). Cuando se limita la erupcion á unas pocas pústulas, su duracion es de uno ó dos septenarios: tal es el caso del ectima agudo. Puede durar desde uno á muchos meses, si los grupos de pústulas se forman sucesivamente en diferentes partes del cuerpo, que es lo que los autores han descrito con el nombre de *ectima crónico*. En este se presentan las pústulas con los mismos caractéres; cada una ofrece sucesivamente un punto rojo, puntiagudo, despues blanquecino, elevado por una supuracion que sale al esterior, y se concreta bajo la forma de una materia amarilla ó verdosa, etc.

»Hállase constituida la erupcion del ectima crónico por la sucesion de cierto número de pústulas que corren sus períodos en tiempos diferentes, de modo que cuando unas aparecen otras estan casi enteramente cicatrizadas. De este modo puede invadir la erupcion todo el cuerpo, perpetuándose por muchos meses y aun por todo un año. A cada erupcion nueva sobreviene un poco de desazon, sed, anorexia, cefalalgia y fiebre.

»Cuando las pústulas se desarrollan en una parte sola del cuerpo, su duracion es de un septenario, como sucede en el *ectima vulgare* (*epinyctis vulgaris*, Sauvages), que no es otra cosa que una forma benigna de la enfermedad; en la cual se completa la erupcion al cabo de tres ó cuatro dias, caen las escamas y no queda señal de su existencia pasado el primer septenario.

»Algunas veces se renuevan durante muchas semanas y aun meses las pústulas flizáceas, anchas y voluminosas, en los niños mal nutridos, endebles, caquécticos ó que maman de malas nodrizas. Se estienden mucho mas que en el *ectima vulgar*, é invaden las estremidades, el tronco, el cráneo y aun la cara: el dolor y la irritacion local son poco intensos; la piel en que se desarrollan las pústulas ofrece á su alrededor un tinte lívido, y luego que cae la costra se manifiesta una ulceracion bastante profunda, cuya cicatrizacion es larga y difícil, dejando despues una depresion blanquizca permanente (*ecthyma infantile*, Bateman, obra cit., p. 232, *termenthi neo-natorum*). Unas veces no supuran las pústulas, disminuyen de volúmen, y se efectúa en su superficie una descamacion sucesiva (Cazenave y Schedel, obra cit., p. 222); otras son muy voluminosas y forman elevaciones muy parecidas a las ampollas del rupia. En otros casos, bastante comunes, se vé en la pústula un punto negro, un ombligo, que la asemeja á la de las viruelas.

»En otros individuos se presentan en toda la superficie del cuerpo, á escepcion de la cara, pústulas anchas con base rojiza, prominente y muy parecida á la de los forúnculos (*ecthyma luridum*, *terminthus* de varios autores); las cuales hácia el octavo ó décimo dia dan un líquido sanioso ó sanguinolento, dejando úlceras que se estienden y cubren de costras negras y adherentes, cuya caida se retarda ordinariamente muchas semanas. Alrededor ó debajo de estas ulceraciones se nota una dureza, que se estiende hasta los músculos subyacentes. Si se arrancan las escamas, tardan algun tiempo en reproducirse, formándose úlceras con bordes callosos que producen un líquido sanioso. Esta forma de la erupcion flizácea se manifiesta en los sugetos de edad avanzada, y cuya constitucion está alterada por escesos en las bebidas, por trabajos escesivos, ó á consecuencia del sarampion, escarlatina ó viruelas (Bateman, obra cit., p. 234).

»El *ecthyma cachecticum* de Bateman consiste en una erupcion de pústulas numerosas, esparcidas en varios puntos, que se desarrollan en el espacio de dos á tres dias, y que tienen su asiento en el pecho ó en los miembros. Las pústulas, cuya base es dura é inflamada, se multiplican diariamente; la coloracion de la piel en su circuito es azulada y toma un tinte purpúreo á medida que va disminuyendo la inflamacion y que se forman en la punta de la pústula escamas laminosas. Despues de la descamacion reemplaza á la pústula una mancha de color oscuro. Al principio de esta forma de ectima se manifiesta ordinariamente un paroxismo bastante violento (Bateman, obra citada, pág. 235). Generalmente acompaña al mal un estado caquéctico, efecto muchas veces de una causa específica que ha alterado profundamente la constitucion.

»En atencion á las diversas formas que presenta la pústula flizácea se han dado á esta enfermedad diferentes nombres, que si algo valen es porque representan ciertas condiciones patológicas de la economía, que ejercen alguna influencia en el número, forma y curso mas ó menos rápido de las pústulas.

»Los síntomas generales que hemos indicado solo existen en los casos en que las pústulas son confluentes, se suceden sin interrupcion, tienen su base rodeada de una aureola roja, y cuando hay dolor y tumefaccion en las partes inmediatas. Alibert cita la historia de un enfermo cuyo cuerpo estaba cubierto de pústulas flizáceas confluentes, y que sentia dolores muy agudos con el calor de la cama: «parecia que estaba perseguido por un enjambre de abejas furiosas, segun se agitaba y mudaba á cada instante de postura» (*Monogr. des dermat.*, p. 70). Concíbese que en tales circunstancias puede escitarse la fiebre. Obsérvase esta en el ectima crónico siempre que las pústulas estan muy inflamadas, adquieren grandes dimensiones, ó cuando se presentan ulceraciones lívidas y de mal caracter. En los casos en que las pús-

tulas se reproducen durante muchos meses y con largos intervalos (eczema crónico), el movimiento febril, ó es casi imperceptible ó no existe (Rayer, obra cit., p. 434). Sin embargo, si la erupcion está relacionada con alguna enfermedad visceral, alguna afeccion crónica del aparato digestivo ó respiratorio (*ecthyma infantile*, *luridum*, *cachecticum*), se manifiesta la fiebre, pero de una manera fugaz, y debiendo referirse mas bien á la lesion visceral que á la cutánea. Gibert dice, que poquísimas veces, y acaso ninguna, va esta afeccion precedida ó acompañada de fiebre (*Manuel des maladies speciales de la peau*, p. 208, en 12.º; París 1834). Esta opinion es inadmisible, mayormente si se reflexiona que el ectima depende á veces, como observa el mismo autor, de lesiones internas, desórdenes de las funciones digestivas, ó de un estado caquéctico general. Alibert dice que la fiebre que generalmente acompaña al ectima agudo, no se presenta sino en el momento de la erupcion de las pústulas. Willan ha fundado en la existencia de la fiebre el *ectima* que llama *febrile*, y que se presenta en los casos en que, ó lesiones viscerales bien caracterizadas, ó una alteracion general consecutiva á alguna enfermedad, se manifiesta por síntomas generales, que han hecho se dé á este ectima el nombre de *cachecticum*.

»El curso del ectima es agudo ó crónico: uno ó dos septenarios bastan para la curacion de este mal en el primer caso. En la forma crónica las pústulas se desarrollan en otras partes del cuerpo á medida que se cicatrizan en un punto, y el mal puede prolongarse asi tres ó cuatro meses y aun mas. Las complicaciones, las profundas modificaciones que sufre la constitucion, ya en el curso de un sarampion, de una escarlatina, de unas viruelas, ya por efecto de la pobreza, de la miseria, ú otras causas de que nos haremos cargo despues, imprimen al ectima una marcha crónica. Mientras persisten estas causas se reproduce el mal, ó mas bien se continúa sin interrupcion.

»Las terminaciones de la pústula flizácea son variables; las mas frecuentes son la supuracion y la desecacion. Unas veces, y es lo mas comun, deja la costra una mancha rojiza que desaparece algun tiempo despues, ó una cicatriz superficial; otras sigue á la pústula una úlcera de color violado ó rojizo, saniosa, sanguinolenta y de mala calidad, que difícilmente se cicatriza (*ecthyma luridum*). La caida de las costras gruesas y oscuras, va seguida generalmente de una descamacion blanquizca: algunas veces se desarrollan tubérculos violáceos, cuando han permanecido las pústulas mucho tiempo estacionarias sin ulcerarse (Rayer, obra cit., p 434). «Despues de la rotura de la pústula disminuye la rubicundez, se disipa la hinchazon, y desprendiéndose repetidas veces el epidermis de los puntos afectados, forma círculos blancos alrededor de una mancha de color rojo oscuro, que persiste mas ó menos tiempo» (Biett, artículo citado, página 167).

»Diagnóstico.—No siempre es fácil distinguir el ectima de las pústulas sifilíticas: no obstante, se reconocerán estas últimas, por la aureola cobriza que las circuye, la tendencia que tienen á la ulceracion, y sobre todo indagando la causa de la enfermedad; finalmente, en los casos dudosos el tratamiento ilustrará el diagnóstico. Por lo demas, es muy raro que deje de haber algunos síntomas coexistentes, propios para aclarar la verdadera naturaleza de la enfermedad.

»El rupia tiene tambien alguna semejanza con el ectima; segun Biett «este tiene siempre la forma pustulosa; la coleccion es purulenta, y está encerrada en un foco circunscrito, que parece ser un folículo sebáceo. El rupia presenta en un principio, asi como en una gran parte de su duracion, el aspecto de una pequeña coleccion acuosa, no limitada, susceptible de estenderse y de formar una ampolla ancha.» Estos caractéres diferenciales parecen decisivos; sin embargo, cuando las pústulas son grandes y elevadas por un líquido sanguinolento que se concreta bajo la forma de costra muy gruesa, cubriendo una superficie ulcerada, como en el ectima luridum, se encuentra alguna dificultad en distinguirlas del rupia. Recuérdese que en esta última afeccion está levantado el epidermis por una serosidad purulenta, que se concreta y da lugar á costras prominentes, parecidas á conchas de ostras, encontrándose alguna vez en su alrededor restos de la flictena, y que por lo comun las ulceraciones son mas profundas que las del ectima. Plumbe encuentra mucha analogía entre el ectima y el rupia. Biett conviene en que las causas generales pueden ser comunes; pero indica las diferencias que separan las lesiones locales entre sí, cuyos principales caractéres hemos enumerado mas arriba; Alibert participa de la opinion de Plumbe, y dice «que el rupia de Bateman no parece diferenciarse bastante de lo que él mismo designa con el nombre de ectima, para constituir un género separado (*ecthyma caquecticum*, Willan), género que seria puramente facticio, y fundado solo en consideraciones accidentales de poca importancia» (*Monogr. des dermat.*, página 69).

»El furúnculo se manifiesta bajo el aspecto de un tumorcito rojo, que se desarrolla de dentro afuera, mientras que en el ectima la inflamacion procede en sentido inverso. En este último, no hay mortificacion del tejido celular, ni espulsion de la materia espesa que contiene el primero.

»Las pústulas del ectima podrian confundirse con las de la varioloides y viruela; pero la generalidad, la forma y modo de desarrollarse la erupcion, y despues la figura de las costras y de la cicatriz, impiden confundirlas con el ectima. En las viruelas las pústulas tienen ombligo y no pueden equivocarse. La va-

cuna tiene mas de una analogia con el ectima; pero las señales estampadas que deja la primera erupcion difieren mucho de las de la segunda. Las pústulas que se presentan con las fricciones de la pomada estibiada, imitan perfectamente las del ectima espontáneo, y en el caso de tener el enfermo interés en ocultar la verdadera causa de la erupcion, seria difícil el diagnóstico. No obstante, la base de las pústulas no es dura en este caso, el epidermis está levantado en mucha estension; ademas tienen ombligo, y en fin, son mucho mas confluentes que las del ectima.

»Es difícil confundir el ectima con la sarna. El primero se caracteriza por pústulas; la segunda por vesículas, que ademas son siempre numerosas, acompañadas de prurito, contagiosas y ocupan la mano y los dedos pulgar é índice. Por lo demas, se tendrá presente que la sarna se complica muchas veces con pústulas de ectima, por manera que se encuentra á un mismo tiempo en la piel del enfermo. 1.° Los surcos característicos donde estan situados los insectos productores de la erupcion vesiculosa secundaria; 2.° las vesículas; 3.° las pústulas. Estas dos erupciones son producidas por la irritacion que provoca el acaro en la superficie cutánea; la existencia de las vesículas es siempre constante, y solo en los casos, no muy raros, en que la irritacion es violenta se ven aparecer las pústulas de ectima.

»La acnea simple y la mentagra atacan un sitio determinado, como la frente, la cara, la barba; sus pústulas, con base dura y roja, podrian equivocarse con las del ectima; pero en su base hay mas bien una induracion que una verdadera flegmasia y su marcha es menos aguda. En cuanto á la *acnea indurada*, será fácil distinguirla, pues solo afecta la espalda, el pecho, la cara, y nunca los miembros (Biett, art. cit., p. 170).

»Complicaciones.—Billard dice que generalmente depende el ectima en los niños de una afeccion crónica del aparato digestivo ó respiratorio, y se desarrolla por lo regular en el estado de marasmo y debilidad á que estas enfermedades los reducen (*Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 152, en 8.°; Paris 1833). Tambien son muy comunes las complicaciones en los adultos cuya constitucion se ha debilitado á consecuencia de alimentos insalubres ó insuficientes, de falta de aseo y otras influencias funestas, y en tales casos desempeña necesariamente esta complicacion el principal papel. Los síntomas que demuestran las irritaciones gástricas é intestinales son: el dolor epigástrico, la anorexia, el estreñimiento ó la diarrea, que generalmente alternan, la cefalalgia, el cansancio, la debilidad y un movimiento febril muy pronunciado. El ectima caquéctico de Willan y Bateman parece referirse á diversas complicaciones. Asi lo reconoce Alibert en el pasage siguiente: «Casi todos los individuos sujetos á la flizácea crónica se encuentran en un estado caquéctico, de abatimiento y depravacion humoral, y tienen la piel sucia, pálida y laxa.

»Suelen tambien acompañar al ectima la inflamacion de la conjuntiva y de la faringe (Rayer, ob. cit., pág. 435), las afecciones morales y el estado de preñez. Biett le ha visto alternar en un jóven con un asma convulsivo muy grave (ob. cit., pág. 169). Preséntase asimismo bajo la influencia de gastro-enteritis agudas, en cuyo curso ha parecido presentar un carácter crítico.

»Las enfermedades agudas ó crónicas de la piel pueden ir acompañadas algunas veces de pústulas de ectima. Esta complicacion se presenta en el curso de la sarna, del prurigo, del liquen y hácia el fin de las viruelas confluentes y graves. Las pústulas en estos casos se reproducen en diferentes puntos de la piel, conservando su forma especial hasta que cesa la irritacion cutánea. Se le vé tambien seguir al sarampion y escarlatina, pero menos veces que á las viruelas. El ectima depende algunas veces de irritaciones directas de la piel, como cuando sobreviene despues de fricciones, de aplicaciones de sanguijuelas ó de flegmasias cutáneas.

»Pronóstico. — Las complicaciones de que hemos tratado dan alguna gravedad á la afeccion. Una constitucion deteriorada por miserias de todas especies, y acabada por las enfermedades, hace mas fatal el pronóstico del *ecthyma infantile*, del *ecthyma luridum* y del *cachecticum*; pero entonces se funda mas este juicio en la lesion coexistente que no en la cutánea. En general el ectima considerado en sí mismo es poco grave; aunque algunas veces se reproduce el mal con una obstinacion que inspira cierta inquietud, como en los viejos y en los individuos caquécticos.

»Etiologia. — La flizácea parece atacar con preferencia á los individuos que viven en la miseria y desaseo, y que ejercen oficios que los esponen á irritaciones contínuas de los tegumentos. Cazenave y Schedel dicen, que se observa con frecuencia en las manos de los drogueros y albañiles por las manipulaciones en que se ejercitan. Willan asegura que los obreros que tocan sin cesar materias metálicas, son atacados algunas veces de este mal, que ocupa entonces las manos. Débese colocar tambien en el número de las causas de irritacion que pueden producir el ectima, las enfermedades de la piel que hemos indicado ya al hablar de las complicaciones (viruelas, escarlatina, sarampion, etc.). La sarna sobre todo es una causa muy frecuente, y hay pocos individuos que, atacados de una afeccion psórica algo intensa, no presenten en la superficie de la piel pústulas de ectima mezcladas con las vesículas de la sarna: hállanse particularmente espuestos á semejante complicacion los sugetos cuya constitucion está debilitada por los progresos de la edad, y los niños nacidos y criados en condiciones higiénicas insalubres y por nodrizas mal sanas.

Sin embargo, se puede decir que esta enfermedad ataca todas las edades y se manifiesta en todas las estaciones. Dícese que reina principalmente en primavera y estío, en los jóvenes y adultos (Cazenave y Schedel); pero estamos muy lejos de conocer todas las particularidades relativas á la etiologia. Biett asegura que el invierno y el otoño parecen mas propios para el desarrollo del ectima, que la primavera y el verano, y que los hombres le padecen mas á menudo que las mujeres (Biett). Bateman dice por el contrario, que los jóvenes estan en general sujetos á esta enfermedad en primavera y estio, y atribuye esta predisposicion á que hacen un ejercicio violento ó alteran sus órganos digestivos con alimentos insalubres (ob. citada, pág. 231). No existe constitucion que parezca mas especialmente dispuesta á la enfermedad que nos ocupa. Quiere Biett que los individuos de piel morena y seca y de poca exhalacion cutánea esten mas espuestos que otros; mas lo que puede asegurarse es, que los sugetos de piel blanca y fina, los niños y las mujeres, no estan exentos de contraerla. Es necesario no buscar siempre en la predisposicion individual la causa del ectima; su influencia es casi nula en los casos en que el roce de la ropa, un cuello de camisa, un cinturon, una liga, han bastado para producirle (Todd, *Cycloped. of prac. medic.*, art. cit.).

»Las causas que mas conviene al práctico investigar son aquellas que pertenecen á la higiene. Una habitacion fria y húmeda, donde el aire se renueva difícilmente, una alimentacion compuesta de sustancias poco reparadoras é insuficientes, el abuso de las bebidas vinosas y alcohólicas, la costumbre de embriagarse y los escesos de cualquier género; el desaseo que acumula sobre la piel materias irritantes, capaces por sí solas de producir el ectima; los trabajos escesivos, las vigilias y las afecciones morales, son las causas que favorecen el desarrollo de la erupcion. Asi es que se la observa especialmente en los hombres que pertenecen á las clases inferiores de la sociedad, en los prisioneros (Alibert), en los hospitales, guarniciones, y en tiempos de hambre.

»Uno de los puntos mas esenciales de la etiologia de la afeccion cutánea que estudiamos, es el investigar las afecciones viscerales que puede padecer el individuo. No podrá establecerse una terapéutica verdaderamente eficaz, sino despues de haber examinado con cuidado y sucesivamente todos los órganos; pues no se ha de tratar del mismo modo á un individuo en quien se encuentre una gastro-enteritis, un estado linfático ó escrufuloso bien caracterizado, que á otro en quien la enfermedad haya sido provocada por una irritacion local.

»Fundándose en las consideraciones precedentes, se puede distinguir un ectima en que la lesion local constituye toda la dolencia (ectima idiopático), y otro en que la enfermedad de una víscera, ó de otro punto cualquiera de la economía, ejerce una influencia indudable en la produccion de las pústulas flizáceas (ectima sintomático). Esta distincion, basada en la etiologia, solo sirve para enseñar al práctico á no atenerse solamente á la lesion que tiene á la vista, y á llevar mas lejos sus investigaciones.

»Tratamiento.—Ante todo es necesario colocar al enfermo en buenas condiciones higiénicas; prescribirle un alimento sano, reparador y no estimulante; el aseo, los baños tibios, ya de agua natural, ya de aguas minerales salinas ó de mar; las bebidas tónicas y amargas, si es mala su constitucion; y al contrario, si el enfermo es jóven, robusto y pletórico, la dieta, una alimentacion feculenta, láctea y bebidas diluentes.

»Cuando la erupcion sea confluente, persistiendo sin interrupcion los dolores agudos, la rubicundez de la piel muy marcada, y el calor tal que los enfermos no puedan soportar el de la cama ó el de las habitaciones que ocupan; en fin, cuando el sugeto sea jóven y sanguíneo, no se titubeará en someterle á una dieta severa, al uso de tisanas emolientes, y aun se le hará alguna sangria: al propio tiempo se emplean los baños simples ó emolientes y las lociones de la misma clase. Alibert aconseja que, si el tegumento está cubierto de pústulas con base inflamada y dolorida, se apliquen algunas sanguijuelas. En tales casos calman la inflamacion cutánea las lociones con el cocimiento de altea y con agua gelatinosa.

»De muy diversa naturaleza serán las aplicaciones tópicas, si la constitucion está deteriorada, y si á las pústulas han seguido ulceraciones lívidas y negruzcas, cuya curacion es difícil de obtener. Entonces serán muy útiles las lociones hechas con vino melado, el cocimiento de quina, el agua de Saturno (Alibert), ó los baños alcalinos, que se preparan con gelatina, sub-carbonato ó hidroclorato de sosa, y cierta cantidad de sulfato de hierro (Biett): se prescribirán los baños de mar y los minerales. Finalmente, si la cicatrizacion de las pústulas camina con lentitud, se puede emplear el nitrato de plata para tocar las superficies ulceradas, ó lociones con el ácido hidro-clórico dilatado en agua. El cerato de trementina es muy útil para las curas. Con estos tópicos escitantes se reanima la vitalidad de las úlceras, disminuye y desaparece su tinte lívido, y se establece la cicatrizacion. Otro efecto se consigue con estas aplicaciones, y es el de estimular la superficie de los tegumentos, y evitar asi la formacion de nuevas pústulas.

»Poco eficaz seria el tratamiento local, si no le secundara la administracion de sustancias capaces de modificar la constitucion. Empero, asi como los agentes curativos destinados á obrar sobre la piel deben escogerse, ya de los emolientes, ya de los escitantes y tónicos, segun los casos; del mismo modo se compone el tratamiento general de dos clases de remedios muy distintos. Por haber perdido de vista es-

tas dos indicaciones opuestas, recomienda Bateman de un modo demasiado general los ferruginosos, los tónicos, los amargos y antimoniales.

»Si el estómago ó los intestinos estan irritados, se deben proscribir los tónicos, escitantes y eméticos. Rayer pretende que no debe recurrirse á las bebidas laxantes y amargas, sino en los casos raros en que no existe síntoma alguno de irritacion gástrica ó intestinal. Sin temer tanto como este médico la inflamacion del tubo digestivo, es necesario no obstante proceder con cierta circunspeccion en el uso de las sustancias capaces de irritar su mucosa; pero una vez convencidos de que se toleran, y sobre todo cuando el estado miserable de la constitucion exige imperiosamente que se reanimen las fuerzas, debe recurrirse sin titubear á los tónicos, tales como la quina, las preparaciones ferruginosas, el cocimiento de la serpentaria de Virginia, de zarzaparrilla, y los jugos amargos considerados como antiescorbúticos. Los purgantes suaves, los laxantes administrados al principio ó hácia el fin de la enfermedad, estimulan la membrana de los intestinos, preparándola para recibir mejor la accion de los medicamentos que se le confian. Parécenos útil administrar la ipecacuana ó el tártaro estibiado: los vómitos y las evacuaciones alvinas obran como medios perturbadores ó como revulsivos, y en ambos casos suele ser su accion muy saludable. Convendrán sobre todo en los sugetos cuya mucosa digestiva esté perfectamente sana, y que padezcan ectimas antiguos.

»Clasificacion.—El mayor número de autores de la época actual han colocado el ectima en la clase de las afecciones cutáneas pustulosas, al lado de las viruelas, vacuna é impetigo. Alibert le describe en el quinto género de las dermatosis eczematosas, al que dá el nombre de flizácea (ectima). Este comprende dos especies: 1.° flizácea aguda; 2.° flizácea crónica. Las afecciones pustulosas se hallan reunidas por afinidades muy naturales; no obstante pueden establecerse tres sub-órdenes: la flizácea, la psidrácea y las enfermedades de los folículos: en el sub-órden flizácea se encuentra el ectima, que se asemeja mucho al género rupia. Una de las especies del ectima (*ecthyma syphiliticum*) empieza siempre por un tubérculo, constituyendo por decirlo asi el paso de la pústula al órden de los tubérculos (C. Martins, *Les principes de la méthode naturelle appliqués à la clasification des maladies de la peau*, pág. 34, *disert. inaug.*, núm. 216; París, 1834).

»Historia y bibliografia.—Es difícil encontrar entre los autores antiguos una descripcion algo clara del ectima. Hipócrates usó esta palabra para designar sin duda muchas clases de enfermedades. Lo mismo ha hecho Aecio, quien dice: «Fiunt in toto corpore pustulæ, dolorem »inducentes citra saniei collectionem, eas ecze»mata, ab ebulliente fervore, Græci vulgo ap»pellant.» (*Tetrab.* IV, serm. I, cap. CXXVIII.) Estas indicaciones son vagas y pueden aplicarse á ciertos penfigos, al epinictis y aun al zona, lo mismo que al ectima, como manifiesta Dauvergne en la importante memoria que ha publicado sobre las enfermedades de la piel (*Histoire de l'inflamation dartreuse, suivie de l'historique des dartres depuis les temps hippocratiques jusqu'à nous; disert. inaug.*, num. 324; París, 1833). Willan y Bateman son los primeros que, usando de esta palabra de un modo rigoroso, han hecho una descripcion muy completa de la enfermedad á que han consagrado el nombre de ectima (Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. par Bertrand, p. 230, en 8.°; París, 1820). Alibert la ha estudiado con algun cuidado con el nombre de flizácea (*Monographie des dermatoses*, en 4.°, página 66; 1833). Nosotros hemos consultado para la composicion de este artículo el trabajo de Biett (art. *ecthyma* del *Dic. de med.*, segunda edic.), donde se encuentran consignadas noticias importantes sobre el sitio anatómico, síntomas y causas de esta dolencia; el de Todd (*The cyclopedia of practical medicine*, art. eczema), quien discute y combate la opinion de Samuel Plumbe sobre el asiento de la lesion; el de Copland (*Dict. of pract. med.*); el de Cazenave y Schedel (*Abrégé pratique des mal. de la peau*), y el de Gibert (*Manuel des maladies speciales de la peau*, pág. 88, en 12.°; París, 1834).» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. III, pág. 146—153).

ARTICULO SEGUNDO.

Del impetigo.

»Sinonimia.—*ψωρα ελκωδης* de Aecio; *λειχεν αλφος* de Galeno; *impetigo* de Celso, Plinio y Willis; *phlysis impetigo* de Young; *ecpyesis impetigo* de Good; *tinea lactea* de Sauvages; *tinea faciei* de Frank; *porrigo larvalis*, *porrigo lactea* de Willan; *herpes crustaceo*, *melitagra*, *tiña granulada*, *acores*, *porrigo granulata*, *tinea benigna*, *tinea muciflua*, de Alibert; *impetigo* de Willan, Bateman, Rayer, Cazenave y Schedel, Biett y Gibert.

»Definicion.—El impetigo es una afeccion cutánea, no contagiosa, caracterizada por pústulas psidráceas, aglomeradas ó discretas, que ocupan una superficie mas ó menos estensa, y que al cabo de algun tiempo forman costras amarillas, verdosas ó negruzcas, mas ó menos gruesas y rugosas.

»Division.—La mayor parte de los dermatólogos han descrito con Willan y Bateman las cinco especies siguientes de impétigo: 1.° *impetigo diffusa;* 2.° *impetigo sparsa;* 3.° *impetigo scabida;* 4.° *impetigo erysipelatodes;* 5.° *impetigo rodens*. De estas variedades las tres primeras solo se fundan en diferencias de forma ó de intension, y las dos últimas son *impétigos complicados*.

»Cazenave y Schedel han referido al género *impetigo* dos variedades, que Willan y Bateman consideran como porrigo, y Alibert como tiñas: estas variedades son el *impetigo larvalis* y el *impetigo granulata*. Admitiremos la opinion de Cazenave y Schedel relativamente á estas variedades, porque, como vamos á demostrar mas adelante, las separan del porrigo diferencias fundamentales; pero no seguiremos del mismo modo á dichos autores en cuanto á la division de la enfermedad. Efectivamente el impetigo larvalis, de *larva*, máscara, no ofrece de particular mas que el sitio, y es fácil convencerse de que cuando Cazenave y Schedel, desatendiendo el sentido etimológico del nombre, admiten un impetigo larvalis de los miembros y del tronco, solo describen un impetigo sparsa mas ó menos intenso y estendido, sin indicar un solo signo distintivo y característico de algun valor.

»El impetigo granulata tiene caractéres que le son propios, y esta variedad reside especial y esclusivamente en la piel del cráneo

»J. Copland (A *Dictionary of pract. med.*, part. V., p. 314) ha establecido la division siguiente: A. *impetigo simple*: 1.° *impetigo figurata;* 2.° *impetigo sparsa;* 3.° *impetigo favosa* (*impetigo granulata* de Biett). B. *impetigo complicado*: 1.° *impetigo eczematosa* (*impetigo larvalis* de Biett); 2.° *impetigo erisipelatodes*; 3.° *impetigo rodens*.

»Nuestra division será análoga á la que hemos adoptado para el eczema (t. VII, p. 357). Describiremos los caractéres generales del impetigo simple, considerándole en su forma aguda y crónica; estudiaremos en seguida sus variedades de forma (*impetigo figurata* y *sparsa*) y de sitio (*impetigo larvalis* y *granulata*), y concluiremos con la descripcion del impetigo complicado (*impetigo erysipelatodes* y *rodens*).

»SÍNTOMAS.—A. *Impetigo simple.*—a. *Caractéres generales.*—1.° *Impetigo agudo.* Los enfermos tienen algunas veces durante uno ó dos dias ciertos prodromos, tales como epigastralgia, desazon, laxitud de los miembros, cefalalgia, fiebre, etc.; pero por lo comun el impetigo solo se anuncia por un poco de rubicundez, de tumefaccion y prurito, en los puntos de la piel que debe ocupar la enfermedad.

»No tardan en presentarse pústulas, cuyas dimensiones, número y disposicion varian. Ora son pequeñas como una cabeza de alfiler, puntiagudas, muy próximas unas á otras, sobresaliendo poco del nivel de la piel y muy numerosas (*impetigo larvalis* de Cazenave y Schedel); ora son mayores, del tamaño de una lenteja, semejantes á las pústulas de *acnea*, separadas entre sí, y por consiguiente menos numerosas relativamente. Estas pústulas se manifiestan en una ó en varias partes del cuerpo, y cubren superficies cutáneas mas ó menos estensas y numerosas y de diversas figuras (v. *Variedades de forma*).

»En el momento de su desarrollo, al que algunas veces acompaña una comezon violenta, contienen estas pústulas, cuya base no está rodeada de círculo alguno inflamatorio (*pústulas psidráceas*), un líquido algo oscuro, sero-purulento, que al cabo de cierto tiempo, que varia desde algunas horas á un dia, se vuelve enteramente opaco y purulento. Al cabo de dos ó cuatro dias se rompen las pústulas, y sale de ellas un humor amarillento, que se concreta, se seca pronto, y forma en toda la superficie ocupada por la erupcion unas costras, cuyos caractéres físicos varian. Las que suceden á las pústulas pequeñas (*impetigo larvalis*) son delgadas, laminosas y amarillentas; pero las que siguen á las pústulas mayores son rugosas, amarillas, verdosas, á veces negras y mas ó menos gruesas: ora son blandas las costras, desmenuzables, casi fluidas, y de color amarillo dorado semejantes á la miel amarilla (*melitagra flavescens* de Alibert), á los granos amarillos, brillantes y trasparentes, del succino, á las gotas de la goma guta, ó al zumo gomoso que fluye de algunos árboles, etc.; desprendiéndose con facilidad, ya espontáneamente, ya por medio de lociones emolientes; ora presentan un matiz verdoso que les da el aspecto de un musgo vegetal (*melitagra musciformis* de Alibert). «Las leyes que sigue la naturaleza en la configuracion de estas costras, son absolutamente las mismas de las concreciones lapídeas, dice con razon Alibert (*Monographie des dermatoses*, en 4.°, p. 405). Es evidente que si la trasudacion se efectúa en una parte del cuerpo cuya situacion es vertical, las costras se prolongan como las estalactitas que se observan en ciertas grutas (*melitagra procumbens*, *melitagra decumbens*, *herpes crustáceo estalactiforme* de Alibert): en el caso contrario adquieren al coagularse una forma aplastada y se estienden en el sentido de su anchura.» Otras veces son las costras duras, secas, parduzcas, adherentes, y adquieren un grueso considerable.

»La superficie cutánea, cubierta por cada una de estas costras, está rodeada de un círculo de color de rosa, y algunas veces se notan pústulas aisladas y esparcidas por sitios mas ó menos inmediatos á las costras.

»Debajo de estas, ya se hayan caido espontáneamente, ya se hayan arrancado ó desprendido lentamente por medio de cataplasmas ó lociones emolientes, etc., está la piel encarnada y reluciente, y algunas veces sin epidermis. Verifícase en esta superficie una secrecion sero-purulenta, mas ó menos abundante, análoga á la que dan los vejigatorios dos ó tres dias despues de la primera cura. No tardan en formarse costras nuevas, que no dependen del desarrollo y rotura de pústulas, sino de la coagulacion del líquido que fluye de la superficie descubierta del dermis. Estas costras son mas delgadas que las primeras; se caen comunmente por sí mismas al cabo de algunos dias, y son reemplazadas por otras aun mas delgadas. Asi continuan sucesivamente durante dos, tres ó

cuatro semanas; al cabo de este tiempo dejan de renovarse las costras; pero en la superficie que ocupaban queda todavía la piel encarnada, reluciente, tirante y cubierta de un epidermis muy fino. Algunas veces dura mucho tiempo el color rojo; pero despues desaparece poco á poco, y luego no queda señal del sitio en que han estado las costras, terminando completamente la enfermedad.

»Cuando el impetigo es muy agudo, el calor, la rubicundez, la tumefaccion y el picor, que preceden y acompañan al desarrollo de las pústulas, son muy intensos, y muchas veces llegan á tal punto, que antes de presentarse la erupcion, parecen anunciar la invasion de una erisipela. Las superficies cubiertas de costras estan rodeadas de una aureola de color encarnado subido, y los enfermos tienen desazon geral y fiebre; pero estos síntomas generales desaparecen ordinariamente en cuanto se rompen las pústulas, y aun solo con que lleguen á su completo desarrollo.

»2.º *Impetigo crónico.*—La forma crónica sucede siempre á la aguda: despues de la caida de las primeras costras fluye de la parte un humor sero-purulento espeso y muy abundante, que da lugar á la formacion de costras nuevas; las cuales en vez de ser mas delgadas y menos adherentes que las anteriores, son por el contrario mas gruesas, mas duras y mas difíciles de desprender: estos caractéres se aumentan cada vez mas, hasta tanto que la enfermedad disminuye por medio de un tratamiento apropiado, y marcha hácia la curacion.

»Estas costras del impetigo crónico son agrisadas, negruzcas *(impetigo nigricans* de Alibert) y rugosas; se las ha comparado con la corteza de ciertos árboles *(impetigo scabida)*; muchas veces se hienden en diferentes puntos, y destilan por sus fisuras un líquido purulento y espeso, que se concreta en su superficie, aumentando mas su volúmen.

»Las superficies cubiertas de costras no estan rodeadas de areola inflamatoria, y cuando se arrancan las costras ó se las hace caer por medio de baños, cataplasmas y lociones emolientes repetidas, la piel subyacente solo está medianamente encarnada; no tiene mucho calor; pero destila un humor purulento muy abundante, que produce rápidamente costras nuevas, las cuales ofrecen los mismos caractéres que las que las han precedido.

»Puede prolongarse la enfermedad años enteros: las costras que se forman sucesivamente nunca son producidas por pústulas nuevas, sino que proceden constantemente de la coagulacion del líquido que se abre paso por las fisuras de que hemos hablado, ó que destila por los puntos de donde se han desprendido las costras. Insistimos en esta circunstancia, porque no consideramos como impetigos crónicos, aunque Rayer *(Traité theorique et pratique des maladies de la peau;* París, 1835, t. I, pág. 670) sea de distinto parecer, aquellos en que se observa un desarrollo sucesivo de pústulas. En estos casos bien puede prolongarse mucho tiempo la enfermedad: débese esto á recaidas repetidas en poco tiempo, y no á que haya pasado la afeccion al estado crónico. Ya habian hecho esta distincion Cazenave y Schedel; pero han caido en el mismo error que Rayer, añadiéndole una contradiccion. «Alguna vez (dicen) las erupciones sucesivas prolongan meses y aun años enteros la duracion del impetigo, y entonces es *crónico por su duracion*, aunque estas inflamaciones, que se suceden unas a otras, se conserven siempre en *estado agudo. (Abrégé pratique des maladies de la peau;* París, 1838, pág. 229). La necesidad en que se han visto Cazenave y Schedel de reconocer que su impetigo crónico era agudo, basta para justificar nuestra opinion.

»Cuando el impetigo crónico se prolonga mucho tiempo, se aumenta la profundidad de la inflamacion; se engruesa el dermis; el tejido celular subcutáneo participa de la alteracion de la piel, y se desarrolla á veces en las partes enfermas un edema mayor ó menor, ó bien una dureza muy marcada.

»Cuando el impetigo crónico propende á su curacion á beneficio de un tratamiento conveniente, las costras que sucesivamente se forman son cada vez menos gruesas y menos adherentes, secas y bastante parecidas á las escamas de la *psoriasis.* Hácia el fin de la enfermedad se presenta en la piel afecta una esfoliacion furfurácea, á la que sigue muy pronto la curacion completa.

»b. *Variedades segun la disposicion de las pústulas.* 1.º *Impetigo figurata.* Las superficies cubiertas por las pústulas impetiginosas, cualquiera que sea su estension, afectan á veces una forma determinada, circular ú oval. Vése entonces un número mas ó menos considerable de elevaciones pustulosas, esactamente circunscritas y de dimensiones variables. Al principio son muy pequeñas y estan separadas por intervalos de piel sana; pero luego suelen estenderse á beneficio de nuevas pústulas que se desarrollan en su circunferencia, y concluyen por reunirse unas á otras, de modo que forman superficies anchas é irregulares. En tales casos la desecacion principia siempre por el centro de la parte enferma. El impetigo figurata es por lo comun agudo.

»2.º *Impetigo sparsa.* En esta especie las pústulas estan diseminadas, esparcidas, y las superficies enfermas no afectan ninguna forma regular en el estado agudo; las costras son laminosas, menos anchas y gruesas que las de la variedad precedente; pero el prurito es mayor (Rayer), y el impetigo sparsa es el que pasa mas ordinariamente al estado crónico, y por consiguiente el que con mas frecuencia da lugar á las costras gruesas, rugosas y adherentes, que hemos descrito *(impetigo scabida).*

»Tales son los únicos caractéres particulares que presentan estas dos variedades del impetigo; los cuales no justifican ciertamente una

division, que hemos conservado como secundaria por consideracion á los autores que la han considerado como fundamental.

»c. *Variedades segun el asiento de la enfermedad.* El impetigo, ya sea *figurata* ya *sparsa*, puede ocupar simultáneamente todas las partes del cuerpo ó cada una de ellas por separado. A la consideracion del asiento de la enfermedad se refieren algunas cuestiones interesantes bajo muchos aspectos.

»1.° *Impetigo de los miembros.* Cuando el impetigo figurata ocupa los miembros inferiores, forma en ellos chapas anchas, irregularmente ovales; al paso que si se presenta en los miembros superiores, son las chapas menores y casi enteramente circulares. El *impetigo sparsa* ataca principalmente á los miembros, los pliegues de las articulaciones, y principalmente las piernas; de modo que á veces estan completamente rodeadas las dos piernas ó una de ellas, desde la rodilla hasta los tobillos, de costras gruesas, rugosas y negruzcas (impetigo scabida). En tal caso los movimientos son difíciles y dolorosos, y los enfermos andan con trabajo; las piernas estan mas ó menos edematosas, y la inflamacion se propaga á veces hasta los dedos y á la matriz de las uñas; estas se alteran, se desprenden (onyxis impetiginoso), y cuando se reproducen son gruesas é irregulares: el impetigo sparsa de las piernas es ordinariamente crónico y muy rebelde.

»2.° *Impetigo del tronco.* Rara vez se halla en el tronco esta erupcion; no obstante, en ocasiones se desarrollan en el pecho, en los hombros, en el cuello, chapas de impetigo figurata, ó lo que es mas comun pústulas diseminadas del impetigo sparsa. En estos casos se afectan siempre al mismo tiempo que el tronco otras partes del cuerpo, como los miembros ó la cara; al paso que por el contrario es frecuente ver la erupcion en estos ó en la estremidad cefálica sin que se manifieste ninguna pústula en el tronco.

»3.° *Impetigo de la cara.* Las pústulas impetiginosas pueden presentarse aisladamente en todas las partes de la cara; desarróllanse á menudo en el menton, entre los pelos de la barba, pústulas diseminadas *(impetigo sparsa)*; su número es á veces muy grande, en términos que suele cubrirse toda la barba de costras gruesas. «Hemos visto, dicen Cazenave y Schedel, impetigos del labio superior, que se prolongaban hácia abajo por ambos lados con igualdad, presentando tambien en todos sus puntos una anchura uniforme que no pasaba de cuatro á cinco líneas; de modo que imitaban la forma de un bigote (loc. cit., pág. 229).» La enfermedad se propaga á menudo desde el labio superior á la nariz y fosas nasales; se forman costras gruesas en sus aberturas esteriores, que llegan á obstruirse; se hincha la pituitaria, y pasa la enfermedad al estado crónico.

»El impetigo se desarrolla muchas veces en la region mastoidea y en la concha de la oreja, estendiéndose desde aquí al conducto auditivo esterno y á las partes laterales del cuello.

»Los *párpados superiores* estan algunas veces cubiertos de costras prominentes y cónicas, y en este caso el impetigo se halla generalmente complicado con una oftalmia crónica ó con una inflamacion de los bulbos de las pestañas. Siendo uno de nosotros interno en el hospital de San Luis, ha visto un impetigo limitado esclusivamente á las *dos regiones superciliares.*

»Las megillas son el asiento predilecto del impetigo figurata: el desarrollo de las pústulas se anuncia en este sitio ordinariamente por una tumefaccion y una rubicundez considerables, que pueden hacer temer la invasion próxima de una erisipela.

»*Impetigo general de la cara.—Tinea faciei*, de Frank. — *Porrigo larvalis*, de Willan.— *Acora*, de Alibert. — *Costra lactea*, *impetigo larvalis*, de Cazenave y Schedel. La enfermedad empieza ordinariamente por la frente y las megillas; poco á poco se manifiestan en todas las partes de la cara, en los labios, en la barba y en las orejas, pústulas cuyo desarrollo viene acompañado de un prurito violento: solamente los párpados y la nariz permanecen ordinariamente intactos; pero hay en ellos una inflamacion rebelde (oftalmia crónica, coriza, flujo abundante de moco por las fosas nasales). Algunas veces son las pústulas muy pequeñas y aglomeradas, y al romperse solo forman costras delgadas y laminosas; otras por el contrario son voluminosas, y entonces se forman costras gruesas y anchas. Luego que estas se desprenden, queda la piel que cubrian roja, inflamada, y fluye de ella un humor abundante, seroso, purulento, mezclado comunmente con una corta cantidad de sangre. Este flujo es á veces tan considerable, que no tiene el líquido tiempo de concretarse; pero ordinariamente se coagula formando nuevas costras, gruesas y negruzcas, y entonces toda la cara está como cubierta con una máscara costrosa, que exhala un olor nauseabundo: los movimientos de los labios son difíciles y dolorosos.

»Algunas veces se arrancan los niños las costras, y se rascan la piel descubierta, en que sienten una picazon violenta, dando lugar con esto á un flujo abundante de sangre. Las costras que se forman al cabo de algun tiempo son muy negras, en razon de la gran cantidad de sangre que se mezcla con el fluido sero-purulento.

»Cuando el impetigo larvalis es muy agudo é intenso, produce mucha hinchazon y dolores vivos en la cara, y en los niños se observa una fiebre mas ó menos fuerte, no siendo raro que los gánglios linfáticos del cuello se inflamen y aun supuren.

»4.° *Impetigo de la piel del cráneo*, *usagre*, *tinea láctea*, de Sauvages.—*Strigmentum capitis*, *crusta láctea volática*, *crusta lactea in-*

fantum, de Plenk.—*Porrigo larvalis*, de Willan. —*Tinea benigna*, *tinea muciflua*, *acora mucosa*, de Alibert. —*Oleum crustosum manans*, *lactumen*, *lactumina*, *melitagra parvulorum*, de diferentes autores. En los niños, y particularmente en los que maman, se desarrollan en la piel del cráneo pústulas del impetigo sparsa. Esta parte puede ser atacada esclusivamente de la enfermedad, la cual entonces puede ocupar la parte anterior del cráneo y el vértice de la cabeza hasta el principio de la frente, formando una especie de banda impetiginosa de tres ó cuatro dedos de ancho, ó por el contrario la parte posterior de la cabeza. Otras veces toda la piel del cráneo presenta diferentes superficies afectas, mas ó menos grandes y próximas entre sí. El impetigo larvalis se propaga frecuentemente á la piel del cráneo, en cuyo caso invade muy pronto toda la cabeza.

»Las pústulas que se forman en la piel del cráneo unas veces son pequeñas y aglomeradas (*impetigo larvalis de la piel del cráneo* de Cazenave y Schedel) y otras voluminosas y discretas. El fluido viscoso que sale de ellas despues de su rotura pega los cabellos unos con otros, y forma costras irregulares, de color pardo amarillento, que se rompen á veces, dividiéndose en fracmentos friables que se quedan pegados al pelo. Cuando las costras son muy gruesas, los cabellos se conglutinan unos con otros, y la cabeza está completamente cubierta de una especie de gorro costroso, en cuyo espesor se encuentra el pelo. Si no se cuida de desprender estas costras de tiempo en tiempo, se resquebrajan ellas mismas, sale por las fisuras un líquido sero-purulento que aumenta mas el tamaño de lo coagulado anteriormente, solidificándose en su superficie. La cabeza exhala entonces un olor fétido y repugnante, y los pocos cabellos que separan las costras entre sí estan cubiertos de millares de piojos. Muchas veces se inflama el tejido celular subcutáneo en algunos puntos, y se forman abscesos pequeños circunscritos que hay necesidad de abrir.

»Cuando las costras estan abandonadas á sí mismas, persisten meses enteros, y si al cabo de este tiempo se desprenden, suelen arrastrar consigo los cabellos, resultando de aqui una alopecia mas ó menos estensa, dispuesta en forma de manchas, que persiste mientras siguen renovándose las costras impetiginosas; pero que desaparece algun tiempo despues de la curacion del impetigo. Efectivamente los bulbos de los pelos no se han destruido, sino solamente inflamado, y luego que desaparece la inflamacion, se renuevan los cabellos con todos sus caractéres primitivos; de suerte que es imposible conocer los sitios que momentáneamente estuvieron privados de ellos. Este carácter de la alopecia es digno de llamar la atencion (Véase *Diagnóstico*).

»*Impetigo granulata*, *porrigo granulata* de Willan.— *Porrigo granulada*, *tiña granulada* de Alibert. Desarróllase á veces en la piel del cráneo un impetigo que presenta caractéres especiales muy particulares. Consiste en unas pústulas pequeñas, que ora ocupan tan solo la parte superior, ora toda la piel de esta parte. Estan en la base de los cabellos, que las atraviesan por su centro; tienen un color blanco amarillento, y van acompañadas de una inflamacion y de un picor intensos; se rompen al cabo de dos ó cuatro dias, y destilan un humor bastante abundante. Fórmanse muy pronto costras duras, secas, friables, oscuras ó de un color pardo subido, *esféricas*, semejantes á granitos de arena ó de argamasa (Alibert), ó á granos gruesos de pólvora. La mayor parte de estos granos se queda en la superficie enferma y se acumula en ella; pero otros se esparcen por el pelo. Cuando la enfermedad se prolonga, los pelos se aglutinan formando mechones, y si no se cuida entonces de quitar las costras y de cuidar con esmero de la limpieza, se desarrollan infinidad de piojos, y la cabeza exhala un olor tan repugnante, que infesta hasta los sitios en que estan los enfermos. Segun Cazenave y Schedel «las personas limpias nunca tienen este olor, y aun las costras no suelen presentar entonces sus caractéres distintivos, pareciéndose enteramente á las del impetigo sparsa» (loc. cit., p. 247).

»B. *Impetigo complicado.* 1.° *Impetigo erisipelatodes.*—Esta variedad solo se ha observado en la cara, y es muy rara, puesto que Willan y Bateman son los únicos autores que la describen con algunos pormenores. De este último tomaremos la indicacion de sus principales caractéres. Acompañan á la enfermedad desde su orígen los síntomas ordinarios de la erisipela, esto es, rubicundez é hinchazon de las partes superiores de la cara, y edema de los párpados; se manifiesta una calentura ligera, que dura dos ó tres dias, y la superficie erisipelada, en vez de estar lisa é igual, presenta numerosos bultitos; al cabo de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas se cubre de pústulas psidráceas, cuya presencia indica el verdadero carácter de la afeccion. Las pústulas aparecen primero en los párpados inferiores; pero muy pronto cubren la mayor parte de la cara, estendiéndose á veces por el cuello y el pecho, y vienen acompañadas de mucho calor, de escozor y de prurito. Cuando se rompen sale de ellas un líquido abundante, acre y ardiente, cuyo flujo continúa por diez ó quince dias, formándose al cabo de este tiempo y no antes costras amarillas y delgadas.

»En los intervalos de las costras se desarrollan nuevas pústulas, y se reproducen los mismos fenómenos. Estos desarrollos sucesivos de pústulas hacen que la enfermedad se prolongue por un tiempo indeterminado; pero ordinariamente dura de uno á tres meses.

»Al mismo tiempo que se verifican en la cara los fenómenos que acabamos de indicar, se presentan á veces pústulas impetiginosas en la estremidades y aun en toda la superficie del

cuerpo. Tal es la descripcion hecha por Bateman, que sin duda no satisfará á todos nuestros lectores; pues muchos pensarán como nosotros que el *impetigo erisipelatodes* de los autores ingleses no es mas que una erisipela miliar ó pustulosa (Véase *erisipela).*

»2.° *Impetigo rodens.*—No estan de acuerdo los autores acerca de los caractéres del impetigo rodens. Bateman llama asi á un impetigo complicado con *una afeccion cancerosa del tejido celular y de la piel.* Segun él, la enfermedad, que empieza comunmente por las partes laterales del pecho ó del tronco, está caracterizada al principio por pústulas unidas á vesículas, que despues de abiertas destilan por mucho tiempo un humor acrimonioso que viene de debajo de las costras. La piel y el tejido celular inmediato á las partes afectas se corroen lentamente, progresando el mal en superficie y en profundidad, y la afeccion termina siempre por la muerte. Por esta descripcion incompleta es imposible formar juicio acerca de los caractéres de la enfermedad observada por Bateman.

»Nosotros llamaremos impetigo rodens, siguiendo á Rayer, Cazenave y Schedel, á la erupcion impetiginosa que se desarrolla principalmente en las piernas en los sugetos de edad avanzada, de mala constitucion, debilitados y afectados de varices, y en la cual despues de la caida de las costras se desarrollan úlceras mas ó menos rebeldes en las superficies que aquellas ocupaban.

»Estas úlceras siguen á aquellas costras anchas y gruesas, que envuelven á veces durante meses enteros los miembros inferiores *(impetigo scabida):* su superficie es desigual; dá un humor sero-purulento fétido y á veces sangre; sus bordes son irregulares, violados, lívidos, y encima de ellos se ven muchas veces pústulas pequeñas, llenas de una serosidad sanguinolenta, ó costras amarillentas mas ó menos gruesas. Estas úlceras se manifiestan con particularidad en las inmediaciones de los tobillos, y vienen acompañadas de un edema mayor ó menor de las estremidades inferiores.

»Curso.—Duracion.—Terminacion.—Ya hemos indicado que el curso del impetigo puede ser agudo ó crónico; que la primera forma pertenece principalmente al impetigo figurata y al de la cara; y la segunda al impetigo sparsa, al de los miembros, y bastante á menudo al de la piel del cráneo.

»El impetigo es algunas veces intermitente y aun periódico. Hay enfermos que son atacados muchos años seguidos por las primaveras de un impetigo figurata de las mejillas. El impetigo sparsa, por el contrario, se manifiesta frecuentemente en otoño; dura todo el invierno, y desaparece por último al aproximarse la primavera. Pueden considerarse como impetigos intermitentes las erupciones sucesivas, que algunos autores refieren, sin razon, al impetigo crónico.

»Reproduciremos, sin embargo, en este lugar una observacion que, aunque por otra parte es general, se aplica principalmente á las afecciones cutáneas, y que ya hemos tenido ocasion de hacer otras veces desarrollándola con toda la latitud de que es susceptible (v. *Enfermedades de la piel en general*). No deben confundirse con la intermitencia las recidivas producidas por la reproduccion de las causas que han determinado la primera invasion de la enfermedad (v. intermitencia); y creemos que teniendo presente esta importante distincion, se verá que no ocurre el impetigo intermitente con tanta frecuencia como suponen los autores.

»La duracion del impetigo es siempre bastante larga. Aun en los casos en que la enfermedad es simple, poco estensa y francamente aguda, y á pesar del tratamiento mejor dirigido, no puede obtenerse la curacion antes de tres, cuatro ó cinco semanas. El impetigo crónico puede durar meses enteros y aun muchos años, habiendo ejemplos de enfermos en quienes se ha prolongado toda la vida.

»El impetigo no causa nunca la muerte por sí mismo, y si con frecuencia se ven morir enfermos que tienen un impetigo scabida ó rodens, esta funesta terminacion debe atribuirse siempre á las complicaciones.

»Los autores que admiten con mas convencimiento el retroceso de las afecciones cutáneas, no refieren ningun ejemplo de impetigo retropulso.

»A escepcion de algunos impetigos crónicos que duran tanto como la vida de los enfermos, la terminacion constante de este mal es la curacion. Ya hemos indicado el modo como esta se verifica; la secrecion sero-purulenta se disminuye; las costras se hacen menos gruesas y menos adherentes, y cuando se han caido las últimas, se ve la piel cubierta de una epidermis muy fina, con una rubicundez que persiste mucho tiempo, y que desaparece por fin, de manera que no queda ninguna señal de la erupcion.

»Complicaciones—El impetigo puede complicarse con muchas afecciones de la piel: sobreviene á menudo en el curso de la sarna descuidada ó tratada con tópicos irritantes, en el eczema, y algunas veces se asocia al liquen. Devergie ha visto desarrollarse unas viruelas en un sugeto atacado de impetigo; cuya última afeccion se modificó ventajosamente por la erupcion variolosa (*Bull. génér. de therapeutique*, tomo XVIII, p. 390). Estas complicaciones no ofrecen sin embargo nada de particular.

»Diagnóstico.—Solo hay una forma de eczema con la que puede confundirse el impetigo, que es el *eczema impetiginodes.* En otra parte hemos establecido los caractéres en que se funda una distincion, que por otra parte no siempre es fácil de hacer (v. *Eczema*).

»El impetigo no puede confundirse con las *viruelas*; las pústulas del ectima son flizáceas, discretas, mucho mas anchas que las del impetigo; las de la acnea son aisladas, tienen la

base dura, y nunca se presentan en la piel de los miembros ni en la del cráneo.

»El impetigo de la barba tiene alguna semejanza con la mentagra; pero en esta se hallan las pústulas mas aislsdas, son mas prominentes, mas voluminosas y menos amarillas; el humor que destilan es menos abundante, las costras, mas secas y mas oscuras, suceden siempre á pústulas, y no se reproducen sin una erupcion nueva. En la sicosis, al mismo tiempo que pústulas, hay siempre tubérculos y callosidades.

»Las costras gruesas, que á veces se desarrollan en la cara encima de las úlceras sifilíticas, se han confundido con el impetigo; pero para caer en semejante error, dicen con razon Cazenave y Schedel, es preciso ignorar absolutamente el diagnóstico diferencial de las enfermedades de la piel.»

»El impetigo de la piel del cráneo se ha equivocado con frecuencia con el *porrigo favosa* ó *scutulata*, sin embargo de que estas afecciones se distinguen por caractéres muy marcados. Las pústulas del porrigo, ya sean discretas y aisladas (*porrigo favosa*), ó ya esten reunidas en grupos de manera que formen círculos (*porrigo scutulata*), son estraordinariamente pequeñas, chatas y como embutidas debajo del epidermis; las costras del porrigo favosa se forman rápidamente y estan huecas en forma de embudo, mientras que las del porrigo scutulata se parecen mas á las costras del impetigo; pero los caractéres siguientes, que son los que pertenecen al porrigo, bastan para hacer imposible cualquier error. Los cabellos se afectan desde el principio del porrigo; estan secos, lanosos; se arrancan con la mayor facilidad, y acaban por caerse espontáneamente, no volviendo á salir mas; la alopecia porriginosa es permanente; el porrigo es contagioso; por último, las investigaciones microscópicas modernas parecen probar que el porrigo tiene caractéres especiales, que permiten distinguirle siempre con facilidad del impetigo.

»Pronóstico.—El pronóstico solo puede ser grave relativamente á la duracion del mal, y bajo este punto de vista lo será tanto mas, cuanto menos aguda, mas antigua y mas estensa sea la erupcion, y el sugeto de mas edad, menos robusto y de una salud mas deteriorada, etc.

»Etiologia.—*Causas predisponentes.*—*Edad.* El impetigo de la piel del cráneo se manifiesta casi esclusivamente en los niños de tierna edad, y principalmente en la época de la denticion; el de la cara ataca con preferencia á los adultos, aunque es tambien frecuente en los niños, en los que ocupa entonces toda la cara (*impetigo larvalis*); el impetigo sparsa, y principalmente el de las estremidades inferiores, se manifiesta principalmente en los viejos.—*Sexo.* Las mujeres son atacadas mas amenudo que los hombres, especialmente en la edad crítica, que es cuando padecen esta enfermedad con mas frecuencia.—*Temperamento.* Los individuos de temperamento linfático ó sanguíneo, cuya piel es fina y el color fresco, estan dispuestos mas particularmente al impetigo.—*Estaciones.* Esta enfermedad puede presentarse en todas; pero es mas frecuente en primavera y en otoño.—*Modificadores higiénicos.* Por último, el habitar en sitios bajos y húmedos, la suciedad, la miseria y una alimentacion insuficiente ó mal sana, son tambien causas predisponentes del impetigo.

»*Causas determinantes.*—Dicen que se ha visto manifestarse el impetigo despues de un esceso en la comida, de un acceso de cólera, de una impresion moral viva (disgustos, temor ó espanto, etc.) ó de un ejercicio violento, y tambien se ha atribuido á las flegmasias intestinales cierta influencia en el desarrollo de las pústulas; pero todos estos asertos tienen poco valor: las solas causas determinantes manifiestas del impetigo son los agentes esteriores que obran directamente en la piel. Asi es que se presentan pústulas en la cara de los individuos que han estado mucho tiempo espuestos á un sol abrasador ó á un calor artificial muy elevado, como sucede á los tahoneros, etc.; la erupcion ocupa frecuentemente las manos en los obreros que por su oficio tienen que manejar sustancias irritantes, como la cal, el azúcar terciado, los polvos metálicos, etc.; las fricciones sulfurosas muy repetidas y enérgicas, que algunos médicos poco esperimentados prescriben á veces en el tratamiento de la sarna, determinan casi siempre el desarrollo de pústulas de ectima ó de impetigo. Sin embargo las causas de esta enfermedad se ocultan muchas veces á las mas minuciosas investigaciones.

»Tratamiento.—A. *Impetigo agudo.*—Cuando la erupcion es poco estensa y no va acompañada de una irritacion local muy viva ó de síntomas generales, ni se observan erupciones sucesivas de pústulas, ni el flujo es muy abundante, ni se reproducen las costras con rapidez, haciéndose cada vez mas gruesas; bastan casi siempre los tópicos emolientes para conseguir la curacion. Las cataplasmas de fécula de patata, las lociones con el cocimiento de malvavisco ó de adormideras, el agua tibia, la de salvado, una emulsion de almendras, la pomada de cohombros, el *cold-cream*, son los medios á que se debe recurrir en los principios; sin embargo no se deben prolongar mucho tiempo, porque se opondrian á la desecacion. Cuando despues de haberse reproducido varias veces las costras, se han ido haciendo mas delgadas, conviene desistir de las aplicaciones locales y abandonar la enfermedad á sí misma. Cuando se caen las últimas costras, se ha reproducido ya el epidermis por debajo de ellas.

»Si la erupcion presentase caractéres opuestos á los que acabamos de indicar, si ocupase mucha parte de la cara (*impetigo larvalis*), ó se manifestase á un mismo tiempo ó sucesivamente en muchas partes del cuerpo, deben añadir-

se á los medios propuestos los baños generales de agua simple ó de salvado á la temperatura de 25 ó 27 grados de Reaumur: son tambien muy útiles las sangrias locales, y para hacerlas se aplicarán las sanguijuelas á sitios inmediatos al de la erupcion, pero nunca sobre los mismos puntos que ella ocupa. Cuando la erupcion sea general, y el sugeto fuerte, robusto y pletórico, se abrirá la vena una ó mas veces. Siempre es útil en estos casos administrar al mismo tiempo los purgantes suaves como el agua de Sedlitz, los calomelanos, el sulfato de sosa ó de magnesia, el aceite de ricino ó el maná, dándolos á dosis cortas y repetidas diariamente por uno ó dos septenarios. La medicacion purgante ejerce una derivacion saludable en los intestinos, y evita las inflamaciones viscerales que á veces se desarrollan cuando desaparece repentinamente un impetigo muy intenso.

»Deben los enfermos observar una limpieza muy minuciosa, principalmente cuando la erupcion está en la cabeza; cuidando de desprender á menudo las costras y lavar con cocimientos emolientes las partes afectas.

»Cuando á pesar de este tratamiento se reproducen las costras sin cesar *en la parte enferma sin que haya nueva erupcion de pústulas*, se sacan por lo comun grandes ventajas de los baños alcalinos ó ligeramente astringentes, hechos con agua de salvado y cierta cantidad de vinagre, agua blanca ó aluminosa. Rayer ha conseguido buenos efectos con unturas ligeras, practicadas con el ungüento de óxido de zinc y de acetato de plomo. Martin Solon ha hecho uso de la pomada siguiente: de manteca una onza, de óxido blanco de zinc 20 á 60 granos: dos unturas cada dia (*Bull. génér. de therap.*, tomo XXI, p. 276). Trousseau prefiere la pomada hecha con precipitado rojo de mercurio ó los calomelanos en proporcion de $\frac{1}{15}$ á $\frac{1}{10}$. Este medio le ha producido siempre buenos efectos y le usa desde el principio. Se unta la parte enferma todo el tiempo que siguen reproduciéndose las costras, y la curacion es ordinariamente rápida.

»Durante este tratamiento deben los enfermos tomar poco alimento, haciendo uso de vegetales ó leche, y las bebidas han de ser tisanas refrescantes aciduladas, etc.

»Cuando el impetigo ocupa la cabeza ó la barba, es preciso cortar el cabello ó el pelo de la barba del mejor modo posible, para facilitar la limpieza y hacer mas eficaz la accion de los tópicos.

»B. *Impetigo crónico.*—Cuando la enfermedad dura mas de cuatro ó cinco semanas, y las costras se reproducen continuamente sin que haya ninguna inflamacion en la parte, y mas bien se engruesan que se adelgazan, hay que modificar completamente el tratamiento empleado en los primeros dias. Entonces, y solo entonces, son útiles los sulfurosos, dándolos al interior en lociones, y en baños minerales ó artificiales. Los baños de mar ejercen ordinariamente una influencia muy favorable en esta enfermedad. Bateman aconseja tomar antes que ellos uno tibio de la misma agua. Los baños de vapor, y particularmente los chorros dirigidos á las superficies afectas, son á menudo muy útiles; pero se necesita usar con mucha prudencia este medio, que pudiera ser perjudicial si se abusára de él. Los chorros de vapor destinados á modificar la vitalidad de la piel, producen una irritacion perjudicial, cuando son muy enérgicos y se toman á menudo. Para evitar este resultado, no deben tomar los enfermos mas que uno ó dos chorros por semana, mantenerse á cierta distancia del aparato y recibir el vapor solo diez ó veinte minutos. Se ha de dejar el uso de los chorros en cuanto se manifieste una modificacion notable en el aspecto de las partes y la enfermedad marche hácia la curacion.

»Mientras lo permita el estado de los órganos digestivos se debe continuar con los purgantes, aumentando progresivamente sus dosis.

»Algunas veces continúa la enfermedad á pesar de todos estos medios, y entonces es preciso modificar enérgicamente las superficies enfermas, por medio de cauterizaciones ligeras, hechas con la piedra infernal ó con una disolucion de nitrato de plata, con un ácido mineral dilatado (ácidos hidroclórico, sulfúrico ó nítrico). Thomson alaba mucho el ácido hidrociánico medicinal, y Rayer le ha usado con buen éxito en lociones, poniendo ocho partes de este ácido en doscientas cincuenta de agua destilada. Si la piel estuviese escoriada, no podria usarse este medicamento.

»Cuando la erupcion es poco intensa, conviene muchas veces aplicar un vejigatorio volante en la misma superficie enferma, ó fijo en un punto próximo á esta superficie.

»Trousseau usa contra el impetigo crónico las lociones con el sublimado, ó baños de la misma naturaleza cuando la erupcion es general (sublimado y sal amoniaco aa. media onza para un baño. Para uno de niño, sublimado y sal amoniaco aa. de 20 á 100 granos: un baño cada dia). Este medio le ha producido constantemente buen resultado, y nunca ha dado lugar á accidentes de absorcion, aun cuando la piel estuviese ulcerada.

»Los medicamentos internos, á escepcion de los purgantes, no han tenido al parecer accion alguna manifiesta sobre el impetigo crónico, y solo podemos conceder una eficacia muy dudosa al zumo del ápio acuático, al cocimiento del olmo piramidal y al de raiz de aro, que algunos autores han alabado. No obstante Rayer, Cazenave y Schedel, dicen haber curado erupciones muy rebeldes con las preparaciones antimoniales ó arsenicales y con el ácido nítrico (40 granos diarios en las tisanas): en casos estremos deben usarse estos modificadores.

»C. *Impetigo complicado.*—El impetigo afecta sobre todo la forma crónica en los sugetos escrofulosos, de constitucion deteriorada, y que

estan debilitados. En estos casos se debe tratar de modificar el estado general del enfermo, para lo cual tiene una influencia incontestable el tratamiento general: los ferruginosos, los sulfurosos, la quina y las preparaciones iodu radas, producen á menudo efectos muy satisfactorios.

»Rayer ha usado con ventaja la compresion como medio auxiliar en el *impetigo scabida* de los miembros inferiores, complicado con edema, úlceras (*impetigo rodens*) ó varices.

»¿Debe respetarse el impetigo en ciertos casos? «Cuando en un niño delicado, dice Rayer (loc. cit., p. 679) se desarrolla el impetigo agudo en la cara ó en la cabeza durante la denticion, conviene por lo comun limitar el tratamiento á los cuidados de limpieza; pues esta erupcion viene ordinariamente acompañada de una mejoria notable de la constitucion, que podria detenerse ó retroceder usando de un método perturbador. He visto seguir enfermedades mas ó menos graves á la curacion de algunos impetigos, y en ciertos casos me ha parecido que la presencia de esta inflamacion pustulosa modificaba de un modo saludable afecciones antiguas y rebeldes.»

»Algo hay sin duda de verdad en las aserciones de Rayer; pero debemos cuidar mucho de no fijarnos demasiado en estas ideas. Ciertamente que si una enfermedad antigua y rebelde se modifica ventajosamente y parece que esta modificacion reconoce por causa el desarrollo del impetigo, deberá respetarse este *por algun tiempo*, sin que en ningun caso deba permitirse que la erupcion pase al estado *crónico*. Solo siguen accidentes á la curacion de un impetigo agudo, cuando se suprime *repentinamente* la enfermedad en *su estado de agudeza*, por medio de los desecantes; pero si durante este estado solo se aplican tópicos emolientes en las superficies enfermas, y se administran los purgantes con arreglo al método que hemos indicado, nada hay que temer. Cuando un impetigo es *estenso*, *crónico*, se acostumbra la economia á este emuntorio, que llega á ser útil, sobre todo si su presencia parece mejorar la constitucion ó el estado de alguna afeccion anterior rebelde; pero no por eso deja de ser importante suprimirle lo mas pronto posible, porque cuanto mas dure, mas peligrosa será la supresion. Asi es que la cuestion está reducida á tomar algunas precauciones, que consisten en curar el impetigo poco á poco, aplicando los tópicos sucesivamente en pequeñas superficies; en prescribir los purgantes, y en establecer un exutorio que remplace la accion benéfica del impetigo. Insistimos en estas consideraciones, porque muchos niños son víctimas del respeto con que miran el usagre y las costras lácteas los padres poco ilustrados y aun muchos médicos. Tiene un niño un ligero impetigo figurata de las mejillas que puede curarse sin inconveniente en algunos dias, y se guardan de hacerlo por temor de los graves accidentes que pudiera ocasionar su supresion; es menester, dicen, que el *humor salga*; y entretanto el impetigo se estiende, y acaba por cubrir toda la cara y aun toda la cabeza. Entonces es cuando se deciden á combatirle; esto es, en el momento en que la supresion del mal ha llegado á ser peligrosa por la *duracion* y por la estension que ha adquirido. Cuántas veces hemos sido testigos de casos semejantes!

»Trousseau ha discutido estensamente esta cuestion, y sus conclusiones estan enteramente conformes con nuestra opinion.

«No debemos, dice, oponernos á la *manifestacion aguda* del usagre en los niños... Durante el período de erupcion hay que limitarse á modificar la intension de los fenómenos de reaccion general ó local.... Pero desde que la enfermedad empieza á estenderse y propende á adquirir la forma crónica, debe el médico tratar de detener inmediatamente sus progresos.... Si datase de mucho tiempo, seria preciso tomar las precauciones que hemos indicado (*purgantes*, *exutorio*)... Las mismas precauciones deben tomarse siempre que el usagre coincida con una mejoria notable de la salud, con la curacion de accidentes temibles de los órganos torácicos ó abdominales; y si estos accidentes hubiesen sido muy graves y muy tenaces, seria quizá prudente no curar una enfermedad esterna, que en último resultado causa pocos inconvenientes, al paso que la afeccion primitiva ocasionaba grandes peligros. Pero aun en este caso, y aunque se crea que no debe curarse el usagre, convendrá detener su estension, moderar los accidentes, y combatir siempre la enfermedad cuando amenace invadir órganos esenciales, como los ojos, la nariz, las orejas, etc.» (Trousseau, *Des feux des dents et des gourmes* en *Journ. des connaissances médico-chirurgicales*, julio 1842, n.º 7, p. 3. 6). Estos preceptos estan dictados por una sana práctica, y uno de nosotros ha tenido ocasion de ver confirmada su importancia en el tiempo que ha estado de interno en el hospital de San Luis.

»NATURALEZA, ASIENTO. — CLASIFICACION EN LOS CUADROS NOSOLÓGICOS.—No puede haber duda acerca de la naturaleza inflamatoria del impetigo; pero desgraciadamente no se puede determinar esactamente en cuál de las cubiertas cutáneas reside la inflamacion.

»Biett ha colocado el impetigo en el órden quinto de las enfermedades cutáneas, esto es, entre las pústulas, de las cuales forma un género particular (cuarto género). Los impetigos figurata, sparsa, scabida, erisipelatodes y rodens, constituyen el primer género (impetigo) del quinto órden de Willan (pústulas); mientras que el impetigo larvalis y el granulata estan colocados en el segundo género (porrigo) del mismo órden. Con el nombre de *melitagra* forman los impetigos figurata, sparsa, scabida, erisipelatodes y rodens, el tercer género y el cuarto grupo (dermatosis herpéticas) de Alibert; mientras que el impetigo de la cara (impetigo larvalis) y el de la cabeza, con el nombre

de usagre, constituyen el primer género del tercer grupo (dermatosis tiñosas), y el impetigo granulata con el nombre de *porrigo granulata* el segundo género de este mismo tercer grupo.

»Historia y bibliografía.—Sucede con el impetigo lo que con casi todas las afecciones cutáneas; que es imposible encontrar en los antiguos, nombres y descripciones que le sean aplicables. Se ha dicho que los griegos le habian descrito con el nombre de λειχήν, de ψώρα ἑλκώδης; pero estos nombres se aplican á todas las erupciones costrosas, lo mismo que entre los latinos la palabra impetigo servia para designar casi todas las enfermedades de la piel, desde el eczema hasta el psoriasis (Celso *de Re medica*, lib. V, cap. 28, pár. 17). La misma confusion se encuentra en la edad media, solo que la palabra *lepra* reemplazó á la de impetigo. Por último, en época muy próxima á la nuestra ha vuelto á usarse la voz impetigo, pero sin tener por eso una significacion mas esacta. «La paladra impetigo, decia Jourdan en 1818 (*Dict. des sc. méd.*, t. XXIV, p. 145), nunca ha significado otra cosa, que un conjunto de afecciones mal distinguidas y casi siempre confundidas entre sí. El término genérico ha caido en desuso desde la época de la estincion de la lepra en Occidente, y solo se encuentra en los libros de algunos escritores como J. P. Frank y Sauvages, que han reunido los exantemas crónicos bajo el nombre de *afecciones impetiginosas*.»

»Willan fue el primero que en 1814 dió á la palabra impetigo el sentido esacto que le hemos conservado en este articulo, si bien estendemos su aplicacion con Cazenave y Schedel á los porrigos larvalis y granulata del autor inglés.

»Los tratados de Willan, de Bateman, de Alibert, Rayer, Cazenave y Schedel (véase la Bibliografía del capítulo *Enfermedades de la piel en general*), son las únicas obras en que puede encontrarse una historia del impetigo.» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. III, p. 151-160.)

ARTICULO III.

De la acnea.

»La palabra acnea se deriva probablemente de Ἄχνη, paja, pelusa, cosa ligera, ó de ἀκμή ἀκμαι, fuerza, vigor.

»Sinonimia.—Ἄχνη de Accio; *Varus*, de Senerto, Linneo, Sagar-Bacchia; *gutta rosea vel rosacea*, de Sauvages, Vogel, Darwin, *psidracia acne*, Sauvages; *phymatosic acne*, Young; *Ionthus varus y corymbifer*, Good; *phyma faciei, phima wasi*, Swed.; *herpes pustulosus*, Alibert; *acnea, mentagra, couperose*, de Biett, Cazenave y Schedel, Guibert y Rayer.

»Definicion. — Inflamacion de los foliculos de la piel, caracterizada por pústulas poco voluminosas, aisladas, puntiagudas, rodeadas por su base de una aureola de color encarnado vivo, algunas veces violácea, y que cuando desaparecen dejan manchas amoratadas, que sobresalen ligeramente de la superficie del tegumento: son susceptibles de atacar la piel del rostro, del cuello, de los hombros ó de cualquiera otra parte provista de foliculos.

»Division. — En la historia de la acnea pudieramos hacer una division importante, fundada enteramente en el sitio de la enfermedad, si admitieramos con algunos autores que es capaz de atacar partes de la piel de diversa organizacion. Copland (Dict., t. II, p. 1.ª, p. 28) establece en efecto, que la acnea puede invadir el tejido propio de la piel ó sus foliculos. Esta opinion, que discutiremos mas adelante, pudiera motivar la division de este asunto en dos partes, una relativa á la acnea cutánea simple, y otra á la acnea foliculosa.

»Por causas dificiles de esplicar se han estudiado generalmente en capítulos diferentes la acnea, los barros y la sicosis, cuyas afecciones deben á nuestro parecer confundirse en una misma descripcion por sus caractéres anatómicos, su aspecto esterior y las circunstancias que comunmente las determinan. Respecto de la acnea como de otras muchas diferentes dermatosis, se ha creido deber establecer divisiones basadas en el aspecto esterior de la alteracion cutánea. Asi es que Bateman (*A pract. synop. of cut. diseas.*: Lóndres, 1817, p. 276) describe cuatro variedades de esta erupcion con los títulos siguientes: *acne simplex, acne punctata, acne indurata, acne rosacea*. A estas cuatro especies ha añadido Copland otra (ob. cit.), fundado en la autoridad de varios autores, y es la *acne syphilitica* (*syphilide pustulosa miliar*, de Alibert). Parécenos que la historia de la acnea se puede comprender muy bien en las tres divisiones siguientes: *acne simplex, acne indurata, acne rosacea*; y no hacemos una descripcion particular de la alteracion conocida con el nombre de *acne punctata*, que resulta de la acumulacion en los foliculos cutáneos de la materia que incesantemente segregan, pues este accidente solo es una complicacion de la afeccion que nos ocupa. Lo mismo decimos de la *acne sebacea* de Biett (*Dict. de méd.*, 2.ª edic., t. I, p. 490). Por último, no titubeamos tampoco en remitir á la historia de las complicaciones la descripcion de la acnea sifilítica, sobre lo cual nos esplicaremos mas adelante.

»Alteraciones anatómicas.—Willan, Plenk, Bateman y Thomson (Copland, ob. cit.), Macartney y Samuel Plumbe (Rayer, *Traité des maladies de la peau*, t. I, p. 661) han clasificado la acnea entre los tubérculos de la piel; Alibert (*Précis théor. et prat. des mal. de la peau*, t. I, p. 275), Biett (*Dict. de méd.*, 2.ª edicion, t. I, p. 488), Cazenave y Schedel (*Abrégé prat. des mal. de la peau*, pág. 208), Rayer (ob. cit.) y Guibert (*Man. des mal. speciales de*

la peau, p. 212) la han presentado como una afeccion pustulosa.

»Hé aqui las consideraciones en que se fundan los patólogos franceses para establecer su opinion. Siguiendo con atencion las alteraciones que esperimenta la piel en la acnea, se ven pústulas muy características en todas las épocas del mal. Estas pústulas marcan principalmente la aparicion de los primeros accidentes. Verdad es que mas adelante se apoyan en una base endurecida, como tuberculosa; pero esta es una alteracion secundaria, una complicacion, una consecuencia de la afeccion pustulosa. La observacion motiva suficientemente la clasificacion de los médicos franceses, para que nos creamos dispensados de defenderla: por otra parte J. Tood (*The cyclop. of pract. med.*, artículo *acne*) no vacila en aceptarla en el escelente trabajo que ha presentado acerca de esta enfermedad. Pero no solo estan discordes los dermatólogos acerca de la forma primitiva del mal, sino que, como ya hemos dicho en otra parte, lo estan tambien respecto al sitio que ocupa. Willan habia designado ya como carácter de la segunda especie de acnea que admite (*acne punctata*) el residir la enfermedad en los folículos de la piel, y Alibert habia considerado la alteracion de estos repliegues cutáneos como causa de una erupcion semejante. El doctor Plumbe (*On the diseases of the skin*; Lóndres, 1829) ha dado mayor estension á este pensamiento, presentando la inflamacion de los folículos sebáceos como la causa única de la enfermedad que nos ocupa. Un hecho que refiere Gendrin en su *Histoire anatomique des inflamations* (t. I) viene en apoyo de esta opinion, la que sin embargo no ha recibido la sancion general. Hé aqui cómo se espresa Rayer (ob. cit., p. 634) acerca de este punto: «El modo de formarse las pústulas de la acnea, las demas disposiciones morbosas que casi siempre la acompañan (capa grasienta, paños, elevaciones foliculosas), el desarrollo de los folículos en las regiones de la piel donde se manifiesta el mal, la falta constante de esta erupcion en los sitios que no estan provistos de folículos sebáceos, como en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, son todas circunstancias que autorizan á creer que la acnea reside en los folículos de la piel; presuncion que se convierte en certidumbre, cuando se examinan con una lente las pústulas nuevas intactas ó las mas antiguas despues de haberlas abierto con la punta de una lanceta... Sin embargo, se ha engañado Plumbe adelantándose á decir que la inflamacion de los folículos reconocia siempre por causa la acumulacion de la materia sebácea dentro de su cavidad. No todas las pústulas de la acnea principian por ser antes paños ó elevacioncillas foliculosas.»

»SINTOMAS.—Entre todas las afecciones que pueden alterar el tegumento esterno del hombre se distingue la acnea por su constancia y por la regularidad singular de su forma y de sus caractéres esteriores. Raras veces deja su disposicion elemental para tomar el aspecto de otra enfermedad, y pocas tambien produce consecutivamente otras degeneraciones de la piel ni se complica con ellas: veremos sin embargo cuando describamos las especies, que hay algunas escepciones de esta regla general.

Acnea simple.—(ἴονθοι, de los griegos; *vari* de los latinos; *psydracia acne*, Sauvages; *gutta rosea hereditaria*, Darwin; *herpes pustuloso miliar*, Alibert; *die finnen*, Plenk).—La primera que llama nuestra atencion es la acnea simple, como que constituye el tipo de la enfermedad que vamos á describir, y casi siempre precede á las demas formas, las cuales podrian considerarse como otras tantas complicaciones. Esta especie consiste en una erupcion de barros, que sobrevienen con particularidad en la cara, en las regiones temporales, en la frente, en los hombros y en la parte superior de la espalda ó del pecho; es raro que las pústulas que caracterizan esta enfermedad sean muy numerosas (*acne disseminata*), y casi siempre aparecen sucesivamente. Pasan aisladamente por las alteraciones que les son propias, sin que se manifieste ninguna reaccion general, y generalmente sin que incomode al enfermo ningun dolor, calor, comezon ni molestia; asi es que no pocas veces vé el médico sugetos con erupciones considerables de acnea en los hombros, que se han manifestado sin saberlo los pacientes.

»Estas pústulas se presentan al principio bajo la forma de puntitos rojos, de granulaciones resistentes, que tienen próximamente el tamaño de una cabeza de alfiler; aumentan de volumen durante tres ó cuatro dias, y hácia el sesto ó sétimo de su aparicion han adquirido ya su mayor volumen. Entonces estan encarnadas, relucientes, elevadas y un tanto puntiagudas, y pasan dos ó tres dias en este estado; pero despues se manifiesta en la punta de algunas pústulas una manchita amarillenta. No tarda en romperse la película que contiene el líquido derramado, y sale una corta cantidad de una materia amarilla mas ó menos serosa, formándose despues una ligera costra en la punta de la pústula. La supuracion es siempre muy poca, atendida la estension de la alteracion cutánea. Por último, se desprende la costra, no quedando mas restos del mal que un punto rojo que se borra muy lentamente, reemplazándole una cicatriz muy pequeña, la cual no desaparece jamás, y se presenta bajo la forma de un puntito blanco. A veces persisten algun tiempo la rubicundez y la dureza, y en tal caso la especie que describimos se parece mucho á la *acnea indurada*. Puede suceder tambien que, continuando los accidentes cutáneos, invada las partes que no estan afectas una rubicundez general unida á un poco de engrosamiento y de desigualdad de la piel, confundiendo asi en una sola alteracion las diferentes modificaciones que ha esperimentado el órgano cutáneo. A veces

tambien se desarrollan las pústulas simultáneamente, se rompen á un mismo tiempo, y cubren una superficie estensa con numerosas costras que casi se confunden, y esta forma particular se observa á menudo en las jóvenes solteras. Cuando la erupcion es muy grande, participan de la flegmasia todos los folículos, se retarda la supuracion, el pus exhalado es muy escaso, y se forma en la superficie de cada pústula una película muy delgada, desprendiéndose tan pronto, que apenas llama la atencion este accidente. Puede asimismo suceder, principalmente cuando reside este mal en el pecho ó en los hombros, que la supuracion sea bastante abundante y la costra que la sigue bastante gruesa y adherente; pero casi siempre se desprende con el roce de los vestidos.

Tal es en general el curso que sigue la *acnea simple*. Es casi imposible indicar la duracion de esta erupcion, pues como hemos dicho las pústulas de que consta se suceden unas á otras, resultando mas de una vez queen un mismo enfermo se puede estudiar la enfermedad en todos sus grados y sus diferentes épocas.

»*Acnea indurada*.—(Ἰονθώδης, de los griegos; *vari*, de los latinos; *pustulæ inflamatoriæ*, de Lorri; *eiterfinnen*, de Plenk; *sycosis menti*, *mentagra*, *herpes pustuloso diseminado*, de Alibert.)—En esta forma de acnea son las pústulas voluminosas, irregulares, prominentes y como piramidales; interesan profundamente la piel, y presentan una base estensamente inflamada; tardan en supurar, y producen costras gruesas é induraciones parciales mas ó menos considerables, que atacan, no solo el tejido de la piel, sino tambien el celular subyacente. La acnea indurada sobreviene con bastante frecuencia de pronto; pero mas comunmente sucede á otras formas de la afeccion pustulosa que describimos: casi siempre viene precedida de una sensacion de tirantez y de calor en las partes que debe ocupar. Cuando está completamente desarrollada, produce una lesion grave en el tejido de la piel, que presenta unos tumores duros, dolorosos, rojizos y cubiertos de pústulas ó de costras bastante gruesas, de color oscuro, amarillo verdoso. Estas diversas alteraciones estan esparcidas por la superficie de los tegumentos, sucediendo muchas veces que estos se encuentran enteramente ocupados por la enfermedad. Asi es que en una parte se vé una pústula de acnea que parece hallarse en su principio; en otra hay pústulas que empiezan á supurar; mas allá las hay cubiertas de producciones costrosas, y se ven otras en que ya no se nota mas que una elevacion todavía bastante grande, que conserva su color violado, y no es otra cosa que la acnea que propende á su terminacion. Entonces es cuando presenta la piel una hipertrofia, una rugosidad, una rubicundez general, y parece modificada profundamente en su estructura. La *acnea indurada* invade generalmente la cara; unas veces se fija en la barba, por cuya razon se llama *mentagra*, y otras se limita al labio superior. Sin embargo, puede tambien atacar primitivamente la parte superior de la espalda, los hombros, el pecho y aun toda la parte posterior del tronco. En muchas ocasiones participan los bulbos de los pelos de la inflamacion que constituye la acnea, y se caen cuando la enfermedad se prolonga, pudiendo ser la alopecia, que entonces resulta, pasagera ó permanente. Por lo demas esta enfermedad tiene diferentes grados de intension; algunas veces es muy ligera; las elevaciones que se presentan en la piel, pequeñas y poco numerosas, tienen al principio un color rojo vivo, y permanecen estacionarias dos ó tres semanas; mas adelante supuran un poco por su punta, aunque esto no siempre se verifica; despues se disminuyen las pústulas, se ponen lívidas, y por último apenas se conocen. Pero sucede tambien con frecuencia, que el mal se perpetua por la aparicion reiterada de pústulas nuevas, que sufren las mismas transformaciones, y la enfermedad tarda mucho en llegar á su término.

»Sin embargo, la *acnea indurada* pocas veces presenta este grado de benignidad; lejos de eso adquiere á menudo una gravedad notable, como hemos dicho antes. No siempre se rompe la piel endurecida para dar salida al pus contenido en su espesor; de modo que algunas veces, para calmar los accidentes inflamatorios, hay que hacer una incision, por donde sale la materia purulenta, aunque dejando necesariamente una cicatriz indeleble. A pesar de la gravedad de esta erupcion, se observa con frecuencia que el estado general de la salud se conserva en buen estado. Háse visto que, si se manifiesta calentura ó alguna enfermedad grave durante el curso de esta erupcion, se aplastan las pústulas, se decoloran y desaparecen casi enteramente, y cuando cede el nuevo padecimiento recobra la erupcion cutánea su primera intension.

»Tales son los fenómenos que caracterizan el curso de la acnea indurada. En esta variedad, como en la acnea simple, es imposible establecer nada positivo acerca de la duracion del mal: solo diremos que la acnea indurada es en cierto modo la forma crónica ó inveterada de la erupcion que nos ocupa, siendo por su esencia estraordinariamente tenaz y duradera.

»*Acnea rosácea* (ξενιον, de los griegos, *varus*, de los latinos; *gutta rosea et rubedo*, *gutta rosacea œnopotarum et hydropotarum bacchia*, Linneo; *gutta rosea hepatica*, Darwin; *jonthus corymbifer*, Good; *kupferbandel*, Plenk; *gutte rose*, Ambrosio Pareo; *herpes pustulosus*, *gutta rosea*, Alibert; *couperose*, Rayer). Las dos variedades que acabamos de describir pueden pasar seguramente por una misma forma patológica con diferentes grados de intension; pero la *acnea rosácea* se distingue evidentemente de las alteraciones precedentes, y merece una descripcion particular. Sin embargo, no podemos conformarnos con Rayer, que en su *Traité sur les maladies de la peau* (tomo I, pág. 640) le

consagra un capítulo distinto, escluyéndola, sin razon á nuestro parecer, de la especie acnea, de la cual en último resultado es solo una variedad. Paréconos muy del caso reunir bajo un solo nombre las diferentes formas de una misma enfermedad, y por lo tanto trataremos aqui de la *acnea rosácea*. Consiste esta enfermedad en una erupcion de pustulitas discretas, puntiagudas, poco susceptibles de supurar, no muy elevadas en su base de la superficie de la piel, y rodeadas por una tumefaccion y una rubicundez mas ó menos considerables y estensas, especie de eritema que las reune al parecer, y produce mas adelante una vascularidad morbosa y una induracion preternatural de las partes afectas. Esta circunstancia ha movido á Todd (*The cyclop. of*, etc., t. I, p. 29) á decir que podria sin duda darse á la *acnea indurada* el nombre de acnea pustulosa, y á la *rosácea* el de eritematosa. Esta consideracion basta para caracterizar las citadas variedades. Las pústulas que constituyen la *acnea rosácea* sobrevienen por erupcion sucesiva en las megillas, en la nariz, en la frente y algunas veces en las orejas y en la parte superior del cuello. Casi siempre se desarrollan en tegumentos ya muy rubicundos, presentándose primero en una superficie muy inyectada de sangre varios puntitos, ora agrupados y próximos, ora distintos y mas ó menos separados entre sí. Su aparicion se verifica sin que se desarrolle calor en la parte, pero suele anunciarlas un ligero prurito.

»Esta erupcion puede permanecer estacionaria mas ó menos tiempo, y sucede casi siempre que se manifiesta de nuevo el estado agudo, en cuanto se desarrolla alguna irritacion un poco viva en los órganos digestivos. Algunas veces se efectúa la resolucion de la enfermedad sin que haya ninguna supuracion evidente; pero por lo comun se forma pus, aunque lentamente, reuniéndose en la punta de las pústulas, del duodécimo al décimoquinto dia, una gotita de materia purulenta, que luego se seca y convierte en una costra poco gruesa. Tal es el caracter de la enfermedad en su sencillez primitiva.

»Rara vez deja este mal de tener recidivas, sobreviniendo, á consecuencia de la fluxion contínua que se establece en los tegumentos del rostro, alteraciones mas ó menos profundas; la piel permanece habitualmente inyectada; acomete á las partes enfermas, principalmente por la noche, una comezon contínua acompañada de sensacion de calor y de escozor. La rubicundez se hace habitual, y adquiere un tinte vivo; se observan en la parte algunas pústulas, pequeñas al principio, que se multiplican y siguen aisladamente todas las fases de su desarrollo. Semejante estado se hace contínuo y determina la hipertrofia del tejido de la piel y turgencia de la capa celular subyacente; las regiones en que poco antes no habia mas que un eritema presentan verdaderas induraciones tuberculosas de color encarnado lívido; las venitas subcutáneas inmediatas adquieren un desarrollo particular y se dibujan en la piel. Desde entonces adquiere la enfermedad mas estension superficial, invade el rostro y el cuello, las facciones se abultan y se alteran, y á veces se inflaman las membranas mucosas inmediatas. Asi es como puede la acnea rosácea degenerar y presentar en su curso los caractéres del eritema, de la pústula, y por último de la produccion tuberculosa. Cuando se han manifestado ya todas estas trasformaciones, es preciso renunciar á la esperanza de que recobren los tegumentos su primitiva integridad.

»La afeccion que acabamos de describir ofrece mucha irregularidad en su curso, en razon de la accion misma de las causas que la determinan; rara vez se cura, especialmente cuando ataca á sugetos de edad avanzada, en cuyo caso dura tanto como la vida.

»Complicaciones.—Con mucha frecuencia se agregan á la acnea otras diferentes alteraciones de la piel, y no es raro reconocer en esta enfermedad la espresion sintomatológica de un estado profundo del organismo, que merece ser mas conocido. Consagraremos algunas líneas á estos dos distintos órdenes de complicaciones.

»Creemos que en la descripcion de la acnea se ha reservado sin razon un nombre particular, el de *acne punctata*, á una alteracion poco profunda que verdaderamente no es una enfermedad (Cazenave y Schedel, obra cit., p. 210). Vénse frecuentemente, y con particularidad en la cara, entre las pústulas de la acnea unos puntitos negros, que á veces sobresalen algo de la superficie de la piel, que estan formados por una materia espesa mas ó menos sólida, y que tienen los caractéres de una grasa acumulada accidentalmente en los folículos; presentando entonces la cara, en las inmediaciones de las partes afectas de este modo, un aspecto aceitoso y reluciente muy particular. Semejante afeccion es enteramente independiente de la que acabamos de describir; puede manifestarse en sugetos que no esten atacados de esta última, y no constituye una complicacion esencial de la misma. Es preciso, no obstante, hacer mencion de ella, aunque no sea mas que para recordar los diferentes nombres que le han dado los autores, como el de *empeines*, que es el mas vulgar; el de *varus comedo*, *varus vermiforme*, que se debe á Alibert, y por último el de *acnea folicularis*, que ha sido adoptado por Todd (obra cit.)

»Pueden los folículos sebáceos, en razon de una irritacion especial, segregar en mayor cantidad el humor grasiento que estan destinados á elaborar, y entonces se forman sobre los tegumentos unas escamas, unas costras blandas y poco adherentes, que toman un tinte negruzco é imitan una especie de máscara desagradable á la vista: Biett (*Dict. de méd.*, art. cit., p. 490) da á esta complicacion el nombre de *acnea sebácea*: nosotros no podemos admitir como afeccion pustulosa el accidente, poco im-

portante por otra parte, que acabamos de mencionar.

¿Deberá describirse como género particular lo que se conoce con el nombre de *acnea sifilítica*? Creemos que no, y hé aquí los motivos en que nos fundamos: las numerosas formas de afecciones de la piel que se consideran dependientes de la afeccion venérea, solo se diferencian en algunos caractéres poco notables de las alteraciones consideradas generalmente como de naturaleza simple. El mayor número de sifilides resulta de la asociacion de una enfermedad venérea con una alteracion preexistente de la piel; y si la influencia general del virus da lugar á ciertas apariencias que le son propias, la disposicion anterior del individuo atacado decide la forma de la lesion cutánea. Cuando sobrevenga un liquen, una lepra, en un sugeto infestado deberemos reconocer dos causas diferentes: una que preside á la forma papulosa ó escamosa, y otra que determina la modificacion específica y da á la afeccion un aspecto particular. Creemos por consiguiente que sin hacer una clase especial de dermatosis describiéndola con el nombre de *sifilides*, se deben considerar separadamente las diferentes alteraciones de la piel que se complican con la sifilis, tratando de ellas al ocuparse de cada especie en el artículo complicaciones.

»La acnea se complica algunas veces con la sifilis. Plenck ha descrito muy bien la forma particular que nos ocupa (obra cit.) con el nombre de *gutta rosea syphilitica*, y Alibert con el de *sifilides pustulosa miliar*. Se parece por su sitio y por su aspecto á la acnea rosácea. Generalmente ocupa la frente, la cara, el cuello y la parte superior del tronco. Las pústulas que la constituyen son redondeadas, de mal aspecto y se apoyan en una base ó aureola roja, cobriza, inflamada y ligeramente prominente; dan una supuracion tardia, que empieza primero en la punta y se transforma rápidamente en una costra delgada, de color amarillo oscuro. Esta se desprende muy pronto y deja una mancha cobriza lívida ó parda, que persiste largo tiempo, y aun da lugar muchas veces á una cicatriz pequeña, blanquecina y superficial. Conviene observar que en la cara es donde principalmente se manifiestan profundas y duraderas estas alteraciones; en cuyo caso contribuye la predisposicion á la acnea á localizar en el rostro la afeccion sifilítica. Con la complicacion que acabamos de describir pueden coincidir erupciones de naturaleza y forma variables, como tambien otros accidentes venéreos, particularmente úlceras de la boca, exostosis y dolores osteocopos nocturnos. La acnea sifilítica es siempre un síntoma secundario de la sifilis.

»Réstanos abordar ahora el punto mas difícil, y mas importante sin duda, de las complicaciones de la acnea, que es el relativo á las de los órganos interiores. Desgraciadamente los autores no nos dan acerca de esto mas que indicaciones bastante vagas. En algunos casos nos presentan la acnea como la espresion de un buen estado de salud; en otros como compañera de la primera menstruacion, de la dismenorrea, la continencia y el onanismo; el mayor número de fisiólogos cree que caracteriza un estado de padecimiento habitual de los órganos del vientre y particularmente del estómago: hay una variedad de ella que se ha referido á padecimientos del hígado (Darwin, *gutta rosea hepatica*); por último, algunos la consideran como una erupcion depuratoria. Deberemos desechar estas opiniones como exageradas ó fabulosas, ó por el contrario adoptarlas sin crítica? Cualquiera de estos estremos seria vituperable; pues antes de resolver la difícil cuestion de las complicaciones esplánicas de la acnea, conviene aguardar á que ilustren la crítica hechos esactos y bastante numerosos.

»Concluiremos diciendo, que á nuestro parecer es la acnea con mucha frecuencia sintomática de alguna de las disposiciones orgánicas que hemos mencionado.

»Diagnóstico.—Casi siempre es fácil distinguir la acnea de las afecciones que tienen con ella alguna analogia. Basta recordar los caractéres del ectima, del impetigo, del eczema impetiginoso, del liquen de la cara, del liquen crónico, del lupus, de algunas formas de la sifilis cutánea, y de ciertas inflamaciones pustulosas artificiales, para disipar todas las dudas que pudieran ocurrir.

»Las pústulas de la acnea no tienen nunca el volumen de las del ectima, y las costras que las cubren no estan muy adheridas; no dan pus con abundancia, ni este forma despues las costras gruesas del impetigo. Sus escamas nunca son laminosas como en el ezcema impetiginoso.

»Entre la acnea y el liquen encontramos las diferencias que separan las pústulas de las pápulas. El liquen crónico escoriado solo da escamas muy ligeras y blanquecinas. Los tubérculos del lupus se ensanchan rápidamente, adquieren un color lívido, y destruyen por ulceracion las partes en que residen. Las pústulas algo voluminosas del ectima sifilítico maduran incompleta y lentamente, y se cubren de costras oscuras y gruesas, debajo de las cuales se forman á veces ulceraciones, lo cual nunca sucede en la acnea sifilítica. En cuanto á las inflamaciones pustulosas artificiales que suceden al uso de tópicos numerosos y variados, es fácil distinguirlas de la acnea por la causa particular que las determina, y por su desarrollo, que es siempre bastante rápido y simultáneo: estas erupciones solo pueden parecerse á la acnea en su asiento, que es sin duda alguna en los folículos de la piel.

»Es muy difícil distinguir entre sí las diferentes especies de acnea que hemos descrito. Sin embargo, aunque puede confundirse la *acnea simple* con la *indurada*, no asi la *acnea rosácea* con las demas. Respecto de este punto

nos referimos á las consideraciones que dejamos espuestas. Los barros, la sicosis y la acnea, cuya descripcion han hecho separadamente algunos autores, se distinguen por su asiento en regiones particulares: los barros deben ocupar la cara, la sicosis (mentagra) la barba, y la acnea las partes superiores del tronco. La acnea sifilítica merece llamar muy especialmente la atencion bajo el punto de vista del diagnóstico: sus pústulas son en general poco prominentes; tienen un tinte cobrizo y no de violeta; se manifiestan siempre en gran número, y ademas las porciones de tegumento inmediatas parecen ajadas y no presentan aquel aspecto aceitoso que se observa tan á menudo en las demas formas de la acnea. Las cicatrices de la acnea sifilítica son generalmente redondeadas, hundidas en su centro, é interesan la parte profunda de la piel, el dermis. Estos caractéres pueden facilitar ciertamente el diagnóstico: sin embargo no se les debe dar demasiada importancia, porque en este caso, como en otros muchos, el diagnóstico solo puede adquirir alguna certeza cuando está fundado en consideraciones numerosas, como las que resultan de las circunstancias conmemorativas, del estado general del sugeto y de afecciones análogas á lo menos en cuanto á su naturaleza.

»El *pronóstico* de la acnea se funda principalmente en su duracion y en los accidentes á que puede dar lugar. La acnea simple, sobre todo en el estado de diseminacion, es la menos tenaz de todas; y tanto que rara vez llama la atencion. La *acnea indurada* es mucho mas rebelde y dura largos años si los enfermos no pueden sustraerse á las influencias que la determinan. Con dificultad desaparece la acnea rosácea cuando lleva ya algunos meses de existencia. En general el pronóstico varia segun la edad de los sugetos: en los jóvenes se disipa principalmente con los progresos de la edad. En las doncellas desaparece bajo la influencia de una menstruacion regular. La que se desarrolla en razon de una disposicion orgánica general es ordinariamente mas rebelde; la que resulta de la intemperancia cede á un régimen mas regular. Varia tambien el pronóstico segun la intension del mal, su antigüedad y sus complicaciones: la acnea sifilítica, como las demas sifílides, se cura con bastante dificultad.

»Etiología.—La acnea sobreviene casi siempre á consecuencia de un estado patológico general del organismo; solo se conoce un corto número de hechos en que haya podido atribuirse á una causa escitante directa. La *acnea simple* y la *acnea indurada* atacan particularmente á los jóvenes en la época de la pubertad; la acnea rosácea es enfermedad de los adultos y desaparece ordinariamente en una edad avanzada. Billard (*Traité des mal. des enf.*, etc., pag. 153) considera que ninguna de las diferentes formas de la acnea es propia de la infancia. Segun Biett (obra cit., p. 232) los barros son mas frecuentes en las mujeres que en los hombres; pero estos en cambio son, con pocas escepciones, los únicos que padecen la mentagra. Háse creido generalmente que la acnea era una señal de robustez de la constitucion; pero aunque este hecho nos parece cierto en la generalidad de los casos, puede decirse no obstante con J. Todd (obra cit., p. 30), que muchas veces coincide con un estado manifiesto de abatimiento y endeblez. Dícese comunmente que el temperamento bilioso es el que predispone mas á la acnea en la edad adulta, y el temperamento sanguíneo en la juventud; pero lo que mas influye en el desarrollo de este mal es una disposicion hereditaria. Alibert tuvo ocasion de observar la acnea en una sola familia en cuatro generaciones sucesivas: esta predisposicion hereditaria consiste á veces en una especie de caquexia escrofulosa, y todos los autores estan de acuerdo en que puede ser síntoma de una irritacion crónica de las vísceras del vientre. Todd (obra cit.) dice que esta afeccion es á menudo síntoma precursor de alguna enfermedad del hígado y con frecuencia la complica; generalmente parece depender de una plétora abdominal ó de una congestion del hígado, mas bien que de una irritacion de la membrana mucosa del tubo digestivo: de aqui resulta ese estado esponjoso de las encias, y esa lentitud en las funciones intestinales; accidentes que pueden considerarse como su complicacion ordinaria. Segun Rayer (obra cit.) son muy frecuentes las relaciones de esta enfermedad con las inflamaciones crónicas del estómago y de los intestinos; siendo mas raro y difícil de conocer su enlace con una alteracion del hígado.

»La irregularidad en las funciones uterinas, y principalmente en la menstruacion, favorece y determina el desarrollo de las pústulas de la acnea. A veces se manifiesta ó adquiere cierto incremento durante la gestacion, y por el contrario puede suceder tambien que desaparezca durante la preñez y se desarrolle de nuevo despues del parto.

»Generalmente se ha creido que el habitar en paises frios y húmedos debia favorecer el desarrollo de la acnea; sin embargo conviene observar que en los parages en que reinan semejantes temperaturas se usa comunmente de bebidas alcohólicas y de alimentos muy condimentados y escitantes. El recibir el sol en la cabeza, las fricciones hechas inconsideradamente en la piel con cosméticos irritantes y el desaseo, han producido quizá la enfermedad que nos ocupa; pero lo que mas influye en su desarrollo es la intemperancia y un régimen mal sano. Efectivamente se manifiesta en los sugetos que se entregan á escesos en la comida, que beben vinos escitantes, toman alimentos condimentados, ó usan de sustancias demasiado suculentas; coincide á veces con un estreñimiento pertinaz, y cede cuando se restablecen las evacuaciones alvinas. Manifiéstase muy comunmente bajo la forma de *acnea simple diseminada* en

las doncellas en la época de la primera menstruacion, y en los muchachos que se entregan al pernicioso hábito del onanismo. La cesacion del flujo hemorroidal en el hombre y la de otras evacuaciones naturales ó facticias pueden producir tambien el desarrollo de la enfermedad que nos ocupa. Los trabajos mentales, el cansancio intelectual, ciertas pasiones tristes, una pena algo viva, bastan á veces para determinar algunas pústulas de acnea. Alibert habia conseguido, por medio de un tratamiento metódico, la curacion de una señora que tenia una acnea rebelde; pero habiendo recibido la enferma una noticia aflictiva, volvió á presentarse en veinticuatro horas la erupcion que habia desaparecido totalmente. La vida sedentaria é inactiva parece favorecer el desarrollo de la acnea. Plinio el jóven (*Natur. hist.*, libro XXV, cap. 128, p. 468 y siguientes; Paris 1776) cree que la mentagra es una afeccion contagiosa, que se trasmite por la impresion fugaz y pasagera de un simple beso. Foville (Rayer, obra citada, p. 656) ha visto muchos enagenados en el hospital de Rouen, que fueron atacados sucesivamente de sicosis por haberse afeitado con una misma navaja. No seria imposible que en grados y circunstancias muy especiales fuese la acnea trasmisible por el simple contacto; pero á pesar de las opiniones y de los hechos que acabamos de citar, puede sostenerse que muy rara vez se propaga de este modo la enfermedad de que tratamos.

»La acnea sifilítica es siempre una forma secundaria de la afeccion venérea, ordinariamente consecutiva á las úlceras, y es sabido que la sífilis se desarrolla en virtud de la accion de un virus especial.

»Tratamiento.—Los medios terapéuticos que se usan contra la afeccion descrita anteriormente, pueden administrarse con diferentes objetos: ora se propone el médico al prescribirlos disipar el mal acelerando su resolucion; ora persuadido de la incurabilidad de la dolencia, quiere solo disminuir su intension, y otras veces, contando con ciertas revoluciones que sobrevienen en ciertas épocas de la vida, lo espera todo de los esfuerzos de la naturaleza.

»Por estas consideraciones se viene en conocimiento de que pueden oponerse muy diversos tratamientos á una misma dermatosis, cual es la erupcion pustulosa que caracteriza la acnea. Por otra parte, ya hemos referido las diferentes circunstancias que presiden al desarrollo de la acnea, y que producen todas un mismo efecto, aunque á menudo obran en sentido inverso. En buena terapéutica la primera indicacion es alejar la causa del mal; pero como esta puede manifestarse en el presente caso bajo muchas y variadas formas, parece necesario estudiar la modificacion que induce en el organismo, é indicar el agente capaz de combatir su efecto. Este camino seguiremos; pero sin embargo, antes de entrar de lleno en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa, creemos útil recordar que, segun algunos patólogos, y Copland (ob. cit., p. 30) en particular, puede algunas veces clasificarse la acnea entre las afecciones que es peligroso curar. Dice asi el autor inglés respecto de este punto: «El temor que tenian los escritores antiguos á los accidentes producidos por la retropulsion repentina de la enfermedad está basado en la observacion; pero dió lugar á consideraciones científicas ridículas. Se admitieron muchas afecciones del estómago, de los intestinos, del pecho y de la cabeza, ocasionadas por esta circunstancia, y se dijo que algunas de ellas habian cedido con la nueva aparicion de la enfermedad cutánea; sin embargo, estos singulares accidentes son mucho mas comunes despues de la repulsion de otras enfermedades eruptivas.»

»Cuando se declara la acnea en un sugeto jóven y pletórico; cuando sobreviene á consecuencia de circunstancias difíciles, de la supresion de una evacuacion habitual; cuando caracteriza una flegmasia crónica de las vias intestinales superiores, una irritacion lenta del órgano secretorio de la bilis; en una palabra, siempre que esta enfermedad depende de una diatesis inflamatoria, es preciso recurrir sin vacilar á un tratamiento antiflogístico debilitante, como las sangrias generales proporcionadas á la fuerza del sugeto, y repetidas de tanto en tanto, las emisiones sanguíneas locales en las inmediaciones de las partes enfermas, con el objeto de desinfartar el tejido de la piel de la sangre en que abunda, ó en partes distantes, para reproducir un flujo local natural ó habitual; las bebidas diluentes ó ligeramente laxantes, como el suero, la horchata de almendras, el caldo de ternera, el cocimiento de pipas de membrillo, el de cebada perlada con miel, etc.; las lavativas emolientes, mucilaginosas, laxantes; las lociones en la parte con agua de salvado, con leche tibia ó cocimiento de malvavisco; los baños tibios emolientes prolongados por mucho tiempo; un régimen alimenticio poco nutritivo, compuesto de sustancias no escitantes, como carnes blancas, legumbres frescas, verduras, lacticinios, galetinas vegetales y las frutas acuosas y fundentes. Mientras esté sometido el enfermo á este tratamiento, debe evitar cuidadosamente los ejercicios demasiado penosos, las escitaciones nerviosas, los trabajos intelectuales escesivos, y la permanencia prolongada en sitios calientes. Con semejantes medios es raro que no se consiga la curacion de la acnea, cuando es de la naturaleza que hemos indicado anteriormente; pero si esta enfermedad data de mucho tiempo, es posible que independientemente de toda modificacion orgánica general ó lejana persista la afeccion cutánea, resistiéndose al método antiflogístico. Entonces, sin hacer ninguna alteracion en el tratamiento general, se puede añadir con buen éxito á los modificadores que combaten la diatesis inflamatoria, el uso de lociones con el agua destilada de rosas, de espliego, de salvia, á las que se añade

la tercera ó la sesta parte de alcohol. Tambien surte buen efecto una disolucion de cuatro á ocho granos de deuto-cloruro de mercurio en una libra de agua de rosas y una onza de agua de colonia. Estas preparaciones resolutivas producen á veces los mejores resultados. Ya hemos dicho cuán rebeldes son los accidentus que nos ocupan: con harta frecuencia se desaniman los enfermos, viendo la poca eficacia de los medios empleados, y entonces debe variarse la terapéutica y hacerla mas activa. Las aguas minerales sulfurosas, administradas en lociones, en baños y en chorros, son los medios mas eficaces. Puédense tambien mandar baños de aguas sulfurosas artificiales, prolongados por muchas horas. Si la enfermedad fuese decididamente crónica, habria que modificar el tejido de la piel, profundamente alterado en tales circunstancias, por medio de cauterizaciones superficiales con el nitrato de plata ó con el ácido hidro-clórico dilatado en agua. Cuando las pústulas de la acnea son aisladas y muy rebeldes, se las puede cauterizar con la piedra infernal; pero si son confluentes, se hace la cauterizacion con el ácido hidro-clórico: los chorros de vapores acuosos dirigidos á las partes enfermas secundan poderosamente estos medios. Se han aconsejado muchas pomadas para disipar las pústulas de la acnea: no trataremos aqui de enumerarlas, limitándonos á decir que se componen de proto-cloruro de amoniaco, de proto-sulfato de mercurio, de ioduro de azufre, de óxido de calcio, etc. Tambien se ha hecho uso de un vejigatorio aplicado sobre las mismas partes afectas, cuyo medio, á mas de ser inseguro, debe provocar fuertes dolores y atacar profundamente los tegumentos, dejando señales difíciles de destruir.

»Hemos hablado de la acnea pasagera ó durable que, para valernos de una espresion de J. Todd, sobreviene á consecuencia de un estado de torpeza y constriccion de los intestinos. No debe tratarse esta enfermedad con un método antiflogístico, sino mas bien con la administracion de algunos purgantes. El proto-cloruro de mercurio á la dosis de diez ó doce granos, administrado solo ó mejor asociado á cuatro ó seis granos de resina de Jalapa, en forma de píldoras, suele ser en tales casos de grande utilidad, pudiendo reemplazarle otros varios purgantes que nos abstenemos de enumerar. Esta medicacion y otras análogas parece que son muy eficaces en Inglaterra.

»Sucede algunas veces, á lo menos segun dicen ciertos autores, que la acnea coincide con un estado manifiesto de debilidad, con aquel predominio orgánico que se conoce con el nombre de temperamento linfático. En los casos raros en que se observa esta relacion, se debe combatir la disposicion general viciosa del sugeto por medio de un tratamiento tónico. Cazenave y Schedel han visto curarse en el hospital de San Luis varios enfermos con el uso de los tónicos, sobre todo con las preparaciones ferruginosas (ob. cit., p. 229). Hállanse tambien muy indicadas las bebidas amargas, como el cocimiento de quina, el de raiz de paciencia, de achicorias amargas, etc.; el uso de vinos generosos; los alimentos suculentos compuestos de carnes negras, ricas en principios nutritivos; las lociones estimulantes análogas á las de que ya hemos hablado, y el uso de baños y de chorros sulfurosos.

»La enfermedad que nos ocupa reclama á menudo un tratamiento particular en razon de las regiones que afecta: asi es que contra la mentagra se han prescrito precauciones particulares. Espondremos aqui la prescripcion usual de Alibert para esta variedad tan tenaz de la acnea (Guibert, ob. cit., p. 245): 1.° para bebida, tisana refrescante ó ligeramente depurativa, tal como la de pensamiento; 2.° aplicacion de sanguijuelas alrededor de la barba cuando es algo viva la irritacion; 3.° un baño tibio (en el cual se cuidará que entre la barba) cada dos dias; 4.° afeitarse con una navaja muy afilada y cortante, haciéndolo con cuidado, suavidad y ligereza, de modo que se cause la menor irritacion posible, ó aun mejor hacerse afeitar con tijeras por un barbero judio, é inmediatamente despues meter la barba en un baño local muy caliente, conservándola en él media hora poco mas ó menos; 5.° darse cada dia uno ó mas baños locales de la duracion de media á una hora, á la temperatura de 30° de R., en un cocimiento de salvado con algunas cucharadas de aguardiente; 6.° aplicar por la noche á la barba una mezcla de sebo y azufre ó de cerato sulfuroso comun; 7.° limpiar la barba al dia siguiente con la crema inglesa, la pomada de cohombro ó cualquier otro cosmético análogo; 8.° acercar muchas veces al dia una corteza caliente de pan tostado á los tubérculos y pústulas de la barba, para acelerar su madurez; 9.° observar un régimen sóbrio, y abstenerse de manjares condimentados, de bebidas estimulantes y de licores espirituosos.

»El tratamiento de la acnea reclama á veces, y particularmente cuando se complica con la sífilis, el uso de medios considerados como específicos. Sin embargo, conviene observar que al principio de la erupcion venérea, y cuando el caracter de agudeza está muy marcado, surten escelentes efectos los agentes ordinarios, y principalmente los antiflogísticos. Pero mas adelante, cuando el mal afecta una forma crónica, deben administrarse las preparaciones mercuriales, y entonces una corta cantidad de específico basta para conseguir la curacion. Es de notar que se aumenta su eficacia usando al propio tiempo el cocimiento de taraxacon ó el de zarzaparrilla. La tisana de Feltz llena muy bien la misma indicacion, y tambien se usan ventajosamente como tópico las fumigaciones de cinabrio. Cuando persisten las induraciones cutáneas á pesar del tratamiento específico, se disipan á beneficio de fricciones hechas con una mezcla de deuto-cloruro de mercurio y de

grasa en proporcion de diez granos de base por onza de escipiente, sobre todo si se usan al mismo tiempo chorros de vapor dirigidos á la parte enferma por doce ó quince minutos.

»Para terminar lo que tenemos que decir acerca del tratamiento de la acnea, nos parece útil advertir á los prácticos que muchas veces, aunque se logren ventajas con los medios de que hemos hablado, renace la erupcion con prontitud, en cuanto se interrumpe la administracion de los remedios ó no se observa bien el régimen. Por esta razon no se han de concebir esperanzas ilusorias, aunque se consiga disipar los primeros accidentes por medio de una medicacion enérgica, pues que en el tratamiento de esta enfermedad solo puede contarse con probabilidades de una curacion durable a fuerza de perseverancia en el médico y de docilidad en el enfermo.

»Naturaleza y clasificacion en los cuadros nosológicos.—Facil es conocer por las consideraciones precedentes, que en nuestro concepto la naturaleza de la acnea no ofrece duda alguna, puesto que consideramos esta enfermedad como una inflamacion de la piel. La inspeccion de las partes afectas prueba que la forma pustulosa constituye la primera alteracion de la acnea; de modo que para nosotros será una dermatosis pustulosa. Por último, teniendo presente su curso y los accidentes que la complican, se ve que su lugar en los cuadros nosológicos es entre las afecciones pustulosas febriles agudas y las no febriles crónicas, entre la vacuna y el impetigo.

»Historia y bibliografia.—La acnea ha llamado en todos tiempos la atencion de los patólogos. Cornelio Celso (*De med.*, lib. VI, c. IV) dice que los griegos designaban esta afeccion con el nombre de *σύκωσις*, á causa de su semejanza con un higo: su descripcion parece calcada en trabajos anteriores. Segun él, se distinguen dos especies: la primera es una úlcera dura y redonda, y la segunda una úlcera húmeda y desigual; de aquella fluye un humor glutinoso, pero en corta cantidad; el que sale de la otra es mas abundante y de mal olor..... Aecio (*Tetrab.*, serm. 2, c. 80—190) y Pablo de Egina (lib. III, c. 22) casi no hacen mas que copiar la corta esposicion trazada por Celso. Plinio el jóven (*Nat. hist.*, lib. XXVI, capitulo I) considera la afeccion que nos ocupa, y que él describe con el nombre de *mentagra*, como nueva en su especie y desconocida de los antiguos, no solo en Italia, sino en casi toda la Europa. Dice que los griegos la habian llamado *lichen*, y que en latin se la diera el nombre de *mentagra* por una especie de broma. En su concepto esta enfermedad es contagiosa. Añade que hácia el reinado de Claudio fue cuando se presentó por primera vez en Italia, á donde vino del Asia, y atacó primero á las personas de elevado nacimiento.... Un tal Johrenius (*Diss. de mentagra*, en 4.°; Francfort, 1662) escribió una disertacion sobre esta enfermedad. Fernelio (*Univ. med.*, en fól., 1679 p. 442) trata particularmente de la *acnea rosácea*, que distingue con habilidad de la *acnea indurada*: segun él, la primera de estas enfermedades se llama *gutta rosacea*, y la segunda *vari*. Guido de Chauliac (Trad. de *Guido*, por J. Canappe, en 18°, p. 393) recomienda el tratamiento refrescante, y en los casos rebeldes la aplicacion de vejigatorios con cantáridas. Posteriormente Ambrosio Pareo (*de la Goutte rose*, lib. XXVI, c. 45) aconsejaba el mismo tratamiento que anteriormente parece haber indicado ya Aecio. La afeccion que nos ocupa ha sido objeto despues de muchas descripciones, que se encontrarán en las obras de Plenk (*Doct. de M. cut.*; Viena, 1783), de Darwin (*Zoon.*, clase II, l. 46; clase IV, l. 2, 13, 14), de Senerto (*Pract. med.*, lib. V, pág. 1, c. 31) y de Sauvages (*Nos. met.*, t. I, p. 75; Venecia, 1772). Bateman (*Sinop. of cut. diss.*, etc.) ha tratado de esta enfermedad entre las afecciones tuberculosas; Alibert, Biett, Rayer, Cazenave y Schedel, Plumbe y J. Todd la han referido á la clase de las erupciones pustulosas. En los escritos mas modernos de estos autores, como en el escelente diccionario de Copland, se encuentra una descripcion muy buena de la acnea bajo todas sus formas. Asi pues, respecto de esta enfermedad, puede considerarse como enteramente satisfactorio el estado de nuestros conocimientos científicos.» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. I, página 19—28).

ARTICULO CUARTO.

De la sicosis.

»Sinonimia.—*Ulcus*, *συκωσις*, Celso; *sycosis*, Vogel, Bateman, Swediaur; *mentagra*, Plenk; *phyma sycosis*, Good; *varus mentagra*, Alibert; *mentagra*, Cazenave y Schedel, Guibert; *sycosis*, Rayer; *sycoma*, *ficus*, *phimus*, *condiloma*, *herpes pustulosus* de diferentes autores.

»Definicion.—La sicosis es una afeccion cutánea que ocupa la barba, el labio superior, las regiones sub-maxilares y las partes laterales de la cara: se halla caracterizada por erupciones sucesivas de pustulitas puntiagudas, en cuya base se ve á menudo una induracion tuberculosa consecutiva.

»Síntomas.—La enfermedad principia comunmente por erupciones discretas, poco estensas, efímeras, que se suceden unas á otras durante algunos meses y aun años con intervalos mas ó menos grandes.

»En la parte que debe ser invadida hay un prurito ligero, seguido muy pronto de una rubicundez y de un calor mas ó menos vivos, acompañados de una sensacion de tirantez dolorosa: desde el segundo dia se presentan puntitos rojos mas ó menos numerosos, en los cuales se desarrollan pústulas puntiagudas y dis-

cretas en el espacio de uno á tres dias. Su desarrollo va acompañado de un picor mas ó menos vivo, de hormigueos que principalmente se sienten por la noche, y de unas punzadas ligeras y repentinas, como si fueran ocasionadas por insectos que acudiesen de nuevo en cuanto se los espantase (Alibert, *Monographie des dermatoses*, p. 389; París, 1832, en 4.º).

»Las pústulas, cuyo volumen rara vez escede del de un grano de mijo, no tardan en romperse; pero no fluyen como las del impetigo, y son reemplazadas por costras que se secan y caen en el espacio de algunos dias.

»Cuando la erupcion ocupa una parte cubierta de vello, como la barba ó el labio superior de un hombre adulto, las pústulas se reunen en grupos y cada una de ellas se encuentra atravesada en su centro por un pelo; no se rompen hasta cerca del sétimo dia, y dan orígen á costras oscuras y gruesas, que cuelgan entre el pelo, y no se desprenden hasta el duodécimo ó décimo quinto dia. A su alrededor se nota en cierta estension una esfoliacion ligera del epidermis.

»A medida que progresa la enfermedad se repiten las erupciones con mas frecuencia, son mas estensas y vienen acompañadas de un calor y de un dolor muy vivos; la piel se inflama profundamente y algunas veces se propaga la inflamacion al tejido celular; de manera que resulta un verdadero tumor flemonoso (Rayer, *Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 654; París, 1835).

»En los sugetos de edad avanzada, débiles, ó de una constitucion deteriorada, aparece á menudo, cuando la erupcion se repite muchas veces, una inflamacion crónica en la piel y el tejido celular subcutáneo; sobrevienen entonces induraciones subcutáneas, que forman tubérculos prominentes, duros y abollados, cuyo volumen puede igualar al de una cereza. (Cazenave y Schedel, *Abrégé prat. des mal. de la peau*, p. 267; París, 1838). En la superficie de los tubérculos y en los intervalos que los separan se desarrollan pústulas nuevas; en cuyo caso, como dice Rayer, la mezcla confusa de tubérculos, costras pustulosas y escamas, da á la sicosis un aspecto repugnante.

»Algunas veces, especialmente en la barba, son los tubérculos tantos y tan coherentes, que toda la piel presenta el aspecto de una superficie mamelonada y lívida.

»Sea como quiera, nada tiene de constante la existencia ni el desarrollo de los tubérculos: «vénse mentagras de un solo mes de duracion que ya presentan tubérculos; cuando, por otra parte, puede esta enfermedad perpetuarse muchos años bajo la forma pustulosa pura y sin complicarse con tubérculos.» Gibert (*Traité des mal. speciales de la peau*, página 199; París, 1839).

»Los bulbos pilosos participan muchas veces de la inflamacion; se caen los pelos y no se reproducen hasta pasado cierto tiempo, saliendo entonces mas claros y mas endebles: algunas veces es permanente la alopecia (Rayer).

»Puede limitarse la enfermedad al labio superior, á una porcion de la barba *(sycosis menti)*, de la region sub-maxilar ó de la mejilla; pero puede invadir tambien todas estas partes, y estenderse á las cejas, la frente, las sienes y la nuca (*Sycosis capillitii* de Bateman): entonces casi siempre se observa tumefaccion é infarto doloroso de los gánglios sub-maxilares y cervicales (Alibert).

»Curso, duracion y terminacion.—La sicosis es muchas veces una enfermedad aguda; pero casi nunca dura menos de uno ó dos meses, porque la erupcion pustulosa nunca es única y simultánea. La sicosis crónica persiste algunas veces muchos años, á pesar del tratamiento mas racional.

»Cuando ha de conseguirse la curacion, se disminuye el volúmen y la dureza de los tubérculos y se resuelven poco á poco completamente; se caen las costras; no se reproducen las pústulas, y se verifica una ligera descamacion en los puntos anteriormente afectos, que permanecen por algun tiempo violados y relucientes. Las recidivas de esta enfermedad son frecuentes.

»Diagnóstico.—La sicosis pustulosa no tuberculosa se diferencia del ectima, en que sus pústulas no son tan anchas y tienen la base menos inflamada, y en que sus costras son menos estensas, menos gruesas y menos adherentes.

»En el *impetigo* no son puntiagudas las pústulas; son mas numerosas y mas aproximadas entre sí; su desarrollo es mas pronto y mas agudo; tardan menos en romperse; destilan un humor puriforme abundante, y dan origen á costras mas anchas, mas gruesas, mas húmedas y mas amarillas. «Todos estos signos diferenciales pueden no obstante ser muy difíciles de conocer, cuando la erupcion es muy estensa, la inflamacion muy viva y las pústulas estan mas ó menos confundidas: comunmente en estos casos hay que suspender el juicio y observar el curso de la enfermedad.» (Cazenave y Schedel, loc. cit., p. 270.)

»Las *pústulas venéreas* no vienen acompañadas de dolor, calor, ni tension; son aplastadas, se desarrollan con mas lentitud y ocupan principalmente las alas de la nariz, la frente y la comisura de los lábios.

»La sicosis tuberculosa no puede confundirse con los *furúnculos*, pues estos son menos numerosos, no van precedidos de pústulas, se desarrollan desde el tejido celular á la piel y tienen lo que vulgarmente se llama raiz.

»Los *tubérculos sifilíticos* no siempre se distinguen fácilmente de la sicosis; sin embargo, son mas lustrosos, mas superficiales, mas redondos por su punta, y ordinariamente vienen acompañados de otros síntomas venéreos. Los signos conmemorativos sirven tambien para ilustrar el diagnóstico.

»Pronóstico.—La sicosis es una enfermedad

importuna por su aspecto repugnante y por su duracion, ordinariamente muy larga; la cual, sin embargo, es difícil de determinar. «Por lo comun no puede el práctico mas ejercitado indicar el término de la sicosis; pues algunas veces, cuando la disminucion del número de pustulas y el color violáceo de la piel parecen anunciar una curacion próxima, sobrevienen sin ninguna causa apreciable nuevas erupciones mas ó menos estensas; y otras por el contrario, cuando todo hace temer que una erupcion considerable que invade toda la barba permanezca muchos años, se la ve ceder fácilmente al régimen y á un tratamiento activo. En general las sicosis mas tenaces son las que en el estado crónico conservan la forma pustulosa y primitiva de la inflamacion: en este caso puede considerarse la enfermedad como una de las afecciones mas rebeldes de la piel.» (Rayer, loc. cit., p. 658-659.)

»Etiologia.—*Causas predisponentes. Edad y sexo.*—Alibert cree que la sicosis es una enfermedad propia de los adultos, que no se manifiesta nunca en los niños ni en las mujeres. «Se ha observado tambien, dice, que los indios que no tienen barba no estan sujetos á la mentagra: la misma observacion se ha hecho en los eunucos» (loc. cit., p. 389). Nuestras observaciones propias confirman la opinion de Alibert; pero Rayer, Cazenave y Schedel y Emery han visto algunos casos de sicosis en las mujeres.—*Estaciones*. Esta enfermedad se manifiesta principalmente en primavera y en otoño: el *clima* no ejerce ninguna influencia notable.—*Constitucion*. Los hombres de temperamento sanguíneo ó bilioso, los que tienen la barba cerrada y dura, son atacados con mas frecuencia; sin embargo, la sicosis se desarrolla á menudo en los sugetos de mala constitucion, y en los viejos debilitados y cuya salud está deteriorada.

»La *miseria*, los escesos en el uso de los *alcohólicos* y un *alimento* insuficiente y mal sano, deben colocarse entre las causas predisponentes de la enfermedad de que tratamos; la *suciedad* ejerce tambien una influencia manifiesta en su desarrollo: «los monjes, los ermitaños, los musulmanes que descuidan el uso de las abluciones, estan particularmente sujetos á la sicosis» (Alibert). Hace algunos años, en época en que ponian en cuidado al gobierno ciertas señales adoptadas por los republicanos, dió Alibert en el hospital de San Luis una leccion, que reprodujeron inmediatamente algunos diarios políticos, y en la que trató de probar que la barba y el bigote eran una causa predisponente muy enérgica de mentagra: los hechos se oponen completamente á esta opinion, que el cortesano no debiera haber cubierto con la autoridad del médico.

»*Causas determinantes.—Contagio.*—Cuenta Plinio que la mentagra se estendió en Italia por contagio, bajo el reinado de Claudio; pero Rayer duda con razon si semejante enfermedad seria la sicosis. Foville dice haber visto en el hospital de Rouen muchos enagenados atacados de sicosis por haberlos afeitado con una misma navaja; Rayer, Cazenave y Schedel no han podido hallar nunca un caso de contagio comprobado; Emery ha ensayado muchas veces reproducir la enfermedad, ora inoculando el pus de las pústulas, ora por el contacto de ropas ó instrumentos de que hubiesen hecho uso los que padecian la mentagra; pero siempre ha obtenido resultados negativos (Emery, *Considerations pratiques sur la mentagre*, en *Bulletin général de thérapeutique*, número de setiembre 1843).

»La irritacion, mas ó menos violenta y renovada sin cesar, que produce la accion de una navaja mala en una barba cerrada y dura, es ciertamente la causa mas frecuente y mas activa de la sicosis: el esponer la cara á una temperatura muy elevada es una causa no menos enérgica. Esta enfermedad es muy frecuente en los herreros, fundidores, pasteleros, cocineros, en los que se dedican á refinar aguardientes, etc.

»Tratamiento.—Cuando la enfermedad es reciente, aguda y acompañada de dolor, cuando se manifiesta en un sugeto jóven, pletórico, hay que recurrir á las sangrias generales, á las sanguijuelas aplicadas á las inmediaciones de los límites del mal, á las cataplasmas emolientes, á las lociones de igual naturaleza, á los baños tibios y á las bebidas refrescantes: los laxantes producen una derivacion útil en el conducto intestinal. Con el auxilio de esta medicacion tan sencilla, y teniendo cuidado de hacer cortar el pelo, no con navaja sino con tijeras, se obtiene ordinariamente la curacion en poco tiempo.

»Cuando la sicosis es antigua, crónica, tuberculosa, los emolientes llegan á ser ineficaces; entonces debe acudirse á los resolutivos y modificar la vitalidad de los tejidos. Son útiles las pomadas de protocloruro amoniacal de mercurio, de deutóxido, de sub-sulfato y de protonitrato de mercurio; Rayer, Cazenave y Schedel han preconizado las pomadas sulfurosas, ioduradas y alcalinas; Emery ha usado con buen éxito las lociones con un líquido alcalino (sub-carbonato de potasa una onza, agua una libra). Son auxiliares muy provechosos los chorros sulfurosos ó alcalinos y principalmente los de vapor.

»En los casos mas graves y rebeldes se obtienen buenos efectos con las cauterizaciones ligeras, hechas con el nitrato de plata (Alibert), con una disolucion de potasa cáustica, con el nitrato ácido de mercurio ó con el ácido nítrico.

«En ciertas circunstancias en que han sido insuficientes todos los medios racionales, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 273), hemos conseguido buenos efectos con medicaciones muy diversas: asi es que hemos visto enfermos que se han curado con el uso de los tónicos, principalmente con los ferruginosos; en otros

se ha obtenido un resultado notable con el muriato de oro; por último, las preparaciones mercuriales interiormente, y sobre todo el jarabe de Larrey han producido algunas veces una curacion pronta y sólida.»

»NATURALEZA Y ASIENTO.—La sicosis es manifiestamente una flegmasia, cuyo orígen nos parece hallarse en los folículos de los pelos; opinion adoptada ya por Biett (Gibert, loc. cit., pág. 199). A medida que progresa la enfermedad, se estiende la inflamacion á las partes inmediatas, y cuando ha invadido el dermis y el tejido celular subcutáneo, se observan como queda dicho tubérculos mas ó menos voluminosos.

»CLASIFICACION DE LOS CUADROS NOSOLÓGICOS.—Willan y Bateman han clasificado la sicosis entre las afecciones tuberculosas de la piel (orden VII). Considerando Biett que los tubérculos son siempre consecutivos, ha colocado esta enfermedad entre las afecciones pustulosas (orden IV); Alibert la mira como una variedad de la especie *varus*, y la reune á las enfermedades, tan diferentes entre sí, que componen su grupo de dermatosis herpéticas (grupo IV).

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA. — Celso describe con el nombre de sicosis: 1.° una úlcera dura y redonda que se forma en la barba y da salida á una corta cantidad de humor glutinoso; 2.° una úlcera húmeda y desigual, que ocupa la parte de la cabeza cubierta de pelo, y que destila un humor abundante y fétido (*De re medica*, lib. VI, cap. 3). Es difícil aplicar estas pocas palabras á una afeccion determinada.

»La descripcion tan citada de Plinio deja tambien algunas dudas. La *mentagra romana* era á la verdad una enfermedad que se limitaba ordinariamente á la barba; pero algunas veces invadia el *pecho* y las *manos*, que cubria de *escamas repugnantes (fœdo furfure)*; respetaba al pueblo, atacando cruelmente á los grandes y á los nobles, y se propagaba rápidamente por los besos. Para curarla y dejar al enfermo exento de recidivas, era preciso quemar las carnes hasta el hueso (Plin., *Nat. hist.*, l. XXVI, cap. 1). ¿No ocurre naturalmente preguntarse con Rayer si semejante erupcion seria la sicosis?

»Willan ha tratado con claridad de la sicosis. Varios dermatógrafos la han descrito esactamente; pero no ha sido objeto de ninguna monografía estensa.» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium*, t. VII, p. 600—602.)

ARTICULO QUINTO.

Del porrigo.

»No todos los dermatólogos han dado la misma significacion á la palabra porrigo; Willan y Bateman han descrito con este nombre varias afecciones muy diferentes entre sí, estableciendo las seis especies siguientes: 1.ª *porrigo larvalis;* 2.ª *porrigo furfurans;* 3.ª *porrigo lupinosa;* 4.ª *porrigo scutulata;* 5.ª *porrigo favosa;* 6.ª *porrigo decalvans* (Bateman, *Abrégé des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, p. 205 y sig.; París, 1820).

»Pero si se estudian con atencion los caractéres que señala Willan á cada uno de estos porrigos, no se tarda en descubrir: que el *porrigo larvalis* es solo un impetigo de la cara; el *favosa* un impetigo de la piel del cráneo ó del tronco (V. *impetigo*); que el *porrigo furfurans* es, ya un *eczema* crónico, ya una *pitiriasis* de la piel del cráneo; y que el *porrigo decalvans* es una *alopecia*, que se manifiesta despues de muchas afecciones cuyos caractéres indica Willan de un modo vago é incompleto; alopecia que, segun Cazenave (*Dict. de méd.*, t. XXIX, p. 342; 1844. — *Annales des mal. de la peau*, t. I, p. 37; 1844), debe referirse al vitiligo de la piel del cráneo (Véase *vitiligo*). El *porrigo lupinosa* es el único que constituye un género distinto, puesto que está caracterizado por *favi*, es decir, por pústulas que no se encuentran en ninguna otra dermatosis, y que tienen una fisonomía especial. En cuanto al porrigo *scutulata* nos vamos á ocupar de él en seguida.

»Alibert describe como primer género de sus dermatosis tiñosas el porrigo larvalis de Willan con el nombre de *acora;* el segundo género contiene: 1.° el *porrigo furfuráceo*, que corresponde al porrigo furfurans de Willan; 2.° el *porrigo amiantáceo*, que no es otra cosa que un eczema crónico de la piel del cráneo; 3.° el *porrigo granulado*, que es solo una forma particular del impetigo de la misma parte; 4.° por último, el *porrigo tonsurante*, que segun Alibert corresponde al porrigo decalvans de Willan.

»Con los nombres de *favus vulgar* y de *favus scutiforme* forman el tercer género de Alibert los porrigos lupinosa y scutulata de Willan (*Monographie des dermatoses*, en 4.°, página 277 y siguientes; París, 1832).

»Queriendo dar Biett á la palabra porrigo un sentido patológico bien determinado, y que representase una individualidad morbosa distinta, le aplicó esclusivamente á *una afeccion cutánea contagiosa*, *formada por favi*, *pústulas favosas*, *que se desarrollan por lo comun en la piel del cráneo*, *pero que pueden presentarse tambien en diferentes partes*, *y aun en toda la estension del cuerpo*.

»Despues de haber asentado de este modo la existencia del género en caractéres bien marcados, constantes, patognomónicos, describe como dos variedades diferentes el *porrigo favosa (porrigo lupinosa* de Willan) y el *porririgo scutulata (favus scutiformis* de Alibert, *favus squamosus*, *tiña*, *tiña anular* de diferentes autores, *ringworm* de los ingleses).

»Todos los dermatólogos franceses adoptaron la clasificacion de Biett (Cazenave y Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 273; París, 1838) con ligeras variaciones en los nombres. Así es que Rayer, sustituyendo la

palabra *favus* á la de porrigo, describe el *porrigo favosa* de Biett con el nombre de *favus diseminado*, y el porrigo scutulata con el de *favus en grupos (Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 698; Paris, 1835); mientras que Gibert, considerando estas dos variedades del porrigo como dos matices de forma de una misma enfermedad, las confunde en su descripcion de la tiña *(Traité pratique des mal. speciales de la peau*, p. 235; Paris 1839).

»Estaba pues generalmente admitido que el porrigo favosa y el scutulata constituian dos variedades de forma de una enfermedad esencialmente caracterizada por el desarrollo de *favi*; pero hace próximamente un año que ha resultado de observaciones mas detenidas, que el porrigo scutulata debe separarse enteramente del porrigo favosa.

«El porrigo scutulata, dice Cazenave (artículo cit., p. 341), se ha considerado principalmente en Francia como una variedad del favus, de la tiña favosa; pero este era un error.»

»Hállase casi demostrado en el dia que el porrigo scutulata de Willan y de Biett no está formado por pústulas favosas, sino por vesículas; es un herpes que Cazenave llama *herpes tonsurante*, y que segun él corresponde á la *tiña depilante* descrita por Mahon.

»En resumen tenemos que se han reunido diferentes enfermedades con el nombre de porrigo. Ya hemos descrito la mayor parte de ellas. (V. *eczema* y *pitiriasis* respecto del porrigo furfurans de Willan y el amiantáceo de Alibert, é *impetigo* en cuanto á los porrigos larvalis y favosa de Willan y el granulado de Alibert).

»Apoyándonos en las investigaciones de Cazenave, remitiremos el estudio del porrigo scutulata al del herpes. Asi es que solo trataremos aqui del *porrigo favosa* de Biett ó *lupinosa* de Willan.

»La palabra porrigo es cuando menos insignificante, si no viciosa: unos creen que se deriva de *porrum*, puerro; otros del verbo porrigo, yo me estiendo, yo me arrastro; Gibert pretende que la palabra porrigo tiene la misma significacion que la de *furfur*, que es una traduccion de la voz griega πιθυριασις, y que por consiguiente es impropia para designar una afeccion pustulosa (loc. cit., p. 238). Sin embargo, la hemos preferido á la de *favus*, que solo designa una especie particular de pústula, y a la de tiña, de la cual se ha abusado tanto, que debe desecharse de la nomenclatura, lo mismo que la de herpes.

»SINONIMIA.—*Tinea lupinosa*, de Guido de Chauliac; *tinea farosa*, de Astruc; *scabies capitis favosa*, de Ambrosio Pareo; *scabies capitis ficosa*, de Plenk; *porrigo lupinosa*, de Willan, Bateman y Plumbe; *favus vulgaris*, de Alibert; *favus diseminada*, de Rayer; *tiña*, *favus urceolaris*, de Gibert; *porrigo favosa*, de Biett, Cazenave y Schedel; *tiña verdadera*, *tiña amarilla*, *tiña en forma de panal de miel*, de diferentes autores.

»DEFINICION.—El porrigo favosa, ó simplemente el porrigo, puesto que no admitimos ninguna variedad, es una afeccion cutánea contagiosa, caracterizada por el desarrollo en la piel del cráneo y á veces en otras partes del cuerpo, de pústulas favosas, que se convierten rápidamente en costras amarillas, deprimidas, formando como unos embudos, que exhalan un olor nauseabundo y urinoso, y que suelen dejar tras si una alopecia permanente.

»ALTERACIONES ANATÓMICAS. — Duncan atribuia la tiña favosa á una alteracion de los bulbos de los cabellos *(Medical cases and observations*, p. 159), y Sauvages decia que residia en las glándulas sebáceas *(Nosologie methodique*, t. III, p. 471); Murray casi es de la misma opinion, pues se esplica en estos términos: «Potio»rem tamen sedem mali in folliculis dictis pin»guedinosis vel ipso textu celluloso quæren»dam arbitror. An et in tineosis muci Malphi»giani uberior proventus? Iisdem enim locis, »quo bulbilli capillorum inmutati fere omnino »et illæsi comparent, copia materiæ mucosæ »purulentæ circa hosce stagnat vel effunditur, »quæ pro varia natura et vario acrimoniæ gra»du vel cutem in cavernulis depascitur, vel in »squamas resolvit, vel exudans in crustas siccas »condensatur» (*De medendi tineæ capitis ratione paralipomena* en *Andreæ Murray opuscula;* Götinga, t. II, p. 237; 1786).

»Mahon ha adoptado y desarrollado las ideas de Sauvages y de Murray. «En los folículos sebáceos, dice, es donde colocamos el origen y asiento principal de la tiña favosa.» Hé aqui la descripcion anatómico-patológica trazada por Mahon.

»Por una causa cualquiera se inflaman los folículos sebáceos; se aumenta su volumen, y aparecen en la superficie tegumentaria bajo la forma de puntitos rojos, que solo se ven con el microscopio; la materia sebácea deja muy pronto de salir al esterior; se acumula en el folículo, y este, en razon de la distension que esperimenta, adquiere un volumen tanto mayor cuanto mas se aumenta la secrecion. Veinticuatro horas despues del principio de la enfermedad presenta el folículo el tamaño de un grano de mijo, y tiene en su centro un grano amarillento; ya en esta época ofrecen los tumorcitos la disposicion circular y la depresion central que los caracterizan.

»La materia sebácea continúa segregándose; el folículo se distiende cada vez mas, y hacia el quinto ó sesto dia llega á tener el tamaño de una lenteja. Su centro presenta entonces una depresion muy manifiesta, un hoyito, que no es otra cosa sino el orificio del folículo ensanchado y con sus bordes un poco elevados: por esta abertura se percibe la materia amarilla que llena la cavidad folicular. En medio del tumor se ve el cabello ó los cabellos que atraviesan el folículo.

»Este se distiende principalmente en sus diámetros transversales, y representa un he-

misferio, cuya parte plana corresponde al epidermis. Cuando ha adquirido ya cierto volumen se rompe, y la materia que contenia sale en polvo muy fino y en granitos que pueden confundirse con los de la tiña granulada.

»El folículo distendido ejerce necesariamente una presion mas ó menos considerable en el cuerpo reticular que le rodea, y asi es que, separado el folículo, presenta una concavidad pequeña sin epidermis, roja é inflamada. Esta pequeña depresion lenticular está á menudo revestida de una película blanquecina muy ténue, que se levanta muy pronto, se rompe y da salida á un humor viscoso y fétido, convirtiéndose luego en una ulcerita.

»Cuando se separa un folículo voluminoso, se ve en el fondo de la depresion lenticular unos puntitos pequeños rojizos, semejantes á los granitos de los higos (*tinea ficosa* de Plenck), y que son evidentemente las estremidades de los pezoncillos sanguíneos que quedan descubiertos en el sitio mas profundo del hundimiento ocasionado por la distension de los folículos (Mahon, *Recherches sur le siège et la nature des teignes*, p. 2-17; Paris, 1829).

»Baudelocque cree que la tiña favosa reside esclusivamente en los folículos pilíferos. «Esta opinion, dice, me parece confirmada por la mayor frecuencia del favus en los sitios donde hay mucho pelo; por la circunstancia de no existir folículos sebáceos en la piel del cráneo; por la presencia casi constante de uno ó muchos pelos en las costras favosas, y por último por las condiciones necesarias para que las costras adquieran la forma constante que las caracteriza.»

»Baudelocque espone el resultado de sus observaciones del modo siguiente: Se apodera de un folículo una inflamacion simple ó específica; segrega entonces el órgano afecto una materia que puede llamarse *favosa*, la cual se concreta y acumula en él, formando una especie de tubérculo; la cavidad folicular se llena muy pronto, se distiende, y tratando de salir la materia favosa, penetra en el cuello del folículo; pero detenida por el epidermis, se seca é incorpora con la película inorgánica. El cuello del folículo se dilata á su vez, se ensancha mas y mas su orificio, y concluye por colocarse casi á igual altura que el fondo de su cavidad, la cual se trasforma de este modo en una escavacion muy superficial. En consecuencia de estas diferentes modificaciones que se verifican en la forma de los folículos, se presenta sucesivamente la materia favosa, primero bajo la figura cónica, despues cilíndrica, y por último como una torta aplastada con la superficie ligeramente convexa.

»Sin embargo, el cuello y el orificio del folículo no pueden ensancharse en todos sentidos sin que la piel que los rodea, empujada hácia fuera, se engruese ligeramente, y siempre en proporcion con el ensanche que adquiera el folículo. El grueso del circuito del orificio folicular es lo que produce la depresion central característica.

»El líquido favoso que continúa acumulándose en la cavidad del folículo propende por una parte á deprimir la piel subyacente, y por otra á rechazar la costra colocada en el orificio, estableciéndose asi una lucha entre la resistencia de la piel y la del epidermis, que concluye necesariamente por la rotura de este.

»Cuando la rotura es parcial y poco estensa, la costra favosa permanece adherida á la piel, y mantiene dilatado el folículo. El líquido que este segrega contínuamente sale al esterior, se esparce y seca en la circunferencia del tubérculo, cuyo diámetro aumenta, cubriendo la piel sana. Esta concrecion, en vez de hacerse debajo del epidermis, se efectua por encima de él. Cuando se verifica la rotura en toda la circunferencia del tubérculo, este se separa y cae, á no ser que le detengan los cabellos, y como ya no esperimenta la piel la compresion anterior, desaparece su concavidad, recobra el folículo la forma normal, se renueva el epidermis, y puede verificarse la curacion espontáneamente; pero por lo comun se manifiesta un nuevo favus.

»Nunca está ulcerada la piel, pues aunque se encuentran en ella escavaciones, corresponden al orificio del folículo (Baudelocque, *Recherches anatomiques et médicales sur la teigne faveuse*, en *Revue médicale*, t. IV, pág. 37—47; 1831).

»Rayer ha aceptado la descripcion de Baudelocque, sin hacer en ella mas que una modificacion poco importante, relativa á la disposicion del epidermis.

»Supone Baudelocque en su esplicacion que el epidermis se refleja sobre el pelo en la abertura esterior del folículo; y Rayer cree que dicha película penetra en el interior del folículo y hasta el bulbo del pelo antes de reflejarse sobre este. Resulta de aqui, que verificándose siempre la secrecion del líquido favoso en la superficie interna del folículo; distendido este cada vez mas, concluye por romperse el epidermis; pero esta rotura se efectua no en el punto indicado por Baudelocque, sino debajo de la parte donde el epidermis está íntimamente unido con la especie de tapon formado por la materia del favus. Esta se vierte entre el dermis y el epidermis desprendido, formando una costra circular, prominente en su circunferencia y deprimida en su centro (Rayer, loc. cit., pagina 706, 707).

»Empero segun las investigaciones de Letenneur la alteracion favosa no reside ni en los folículos sebáceos, como quiere Mahon, ni en los pilosos, como dice Baudelocque.

»A consecuencia de una causa especial, dice Letenneur, se apodera la inflamacion de las pequeñas criptas que se encuentran regularmente alrededor del cuello de cada folículo piloso; se altera el líquido que estas segregan y se transforma en una sustancia nociva, dotada de propiedades contagiosas, en un pus blanco amarillento

que no se diferencia esencialmente del pus flemonoso. Este pus se acumula debajo del epidermis y forma una pustulita esactamente redondeada, que apenas se eleva sobre la piel, atravesada por uno ó dos pelos y situada en el orificio del cuello de un folículo piloso, orificio en que se halla encajada tanto mas profundamente, cuanto mas antigua es y cuanto mas considerable el volúmen y dureza del pelo á cuya inmediacion se ha formado.

»Es raro que la pústula interese la cara profunda del dermis; á su alrededor existe una ligera hinchazon y aun algo de rubicundez en las capas superficiales de la piel.

»La materia líquida derramada en el interior del conducto pilífero, cerca de su orificio esterior, se concreta en parte alrededor del pelo en la cara profunda del epidermis; la parte mas fluida se absorve y deja un núcleo pequeño, cónico é igualmente adherido al cabello y al epidermis, que son los que le sostienen. Muy pronto trasuda un líquido trasparente y amarillento de las paredes de la depresion cutánea en que se ha formado el núcleo central, y secándose alrededor de este, aumenta su volúmen. El epidermis levantado se desprende circularmente y forma un disco, cuya circunferencia es algo mayor que la costra, á la cual está fuertemente adherido.

»Hácia el segundo ó tercer dia de la aparidion de la pústula, cuando esta tiene ya un niámetro de una línea próximamente, disminuye su estension, adquiere un color mas subido y se aplasta. Este cambio se debe á la desecacion del fluido que contenia y que se trasforma rápidamente en una costra. La duracion de la pústula varia desde un dia á cuatro, de cuyo último término nunca pasa.

»Cuando la costra favosa está recien formada, se manifiesta bajo el aspecto de una cupulita esactamente redondeada, cuyos bordes estan ligeramente elevados; su superficie esterior, amarilla y seca, está cubierta por el epidermis durante los primeros dias; su cara profunda se halla humedecida constantemente y da orígen á una prolongacion bulbosa, que se introduce en una cavidad pequeña formada en el espesor de la piel. Compónese pues la costra de dos partes, y considerada en conjunto despues de quitada con precaucion, se parece á un embudo que tuviera la punta muy corta y la base muy ancha.

»En el punto de la piel correspondiente al bulbo se ve una cavidad regular, pequeña, cuyos bordes estan cortados perpendicularmente, cuyo fondo apenas llega á la mitad del espesor del dermis, y que está formada por la simple dilatacion del conducto pilífero.

»La forma de la costra desaparece poco á poco; su grueso no se aumenta de un modo sensible, y su incremento se verifica casi esclusivamente hácia la circunferencia. El orificio cutáneo se ensancha á medida que la costra que contiene adquiere mayor diámetro, y se trasforma en una escavacion poco profunda, cuya superficie está lisa, húmeda, y parece cubierta de una membrana sumamente delgada, al través de la cual se ven muy distintamente ramificaciones vasculares.

»Desde este momento el incremento de la costra, y por consiguiente la dilatacion del conducto pilífero, se aumentan rápidamente, por no oponer ya obstáculo el epidermis á la salida del líquido. Cuanto mas estensa es la escavacion de la piel, con tanto mayor abundancia se verifica en ella la secrecion; y como el núcleo central se sostiene constantemente á la misma altura por estar fijo en el cabello, se concibe fácilmente que no puede menos de dirigirse siempre el líquido hácia la circunferencia de la costra, cuyo grueso ha de ser necesariamente mayor en este sitio que en el centro. Hay ademas otra disposicion que puede influir tambien en la forma de la costra, á saber; la ligera hinchazon de la piel en los bordes de la escavacion, ya dependa de la compresion de los tejidos, como cree Baudelocque, ya de una verdadera hiperemia local (Letenneur, *Quelques recherches sur le favus*, tés. de París, número 196, p. 61-65; 1839).

»Willan, Biett, Rayer, Letenneur y Cazenave, aseguran que el porrigo está caracterizado primitivamente por una pústula muy pequeña, encajada profundamente en el epidermis; Mahon y Baudelocque rechazan por el contrario la existencia de la pústula. Entre estas dos opiniones tenemos la de Gruby, para quien la pústula no es un carácter importante, pues ya existe, ya deje de existir, y en uno y otro caso es una lesion secundaria, producida por una alteracion consecutiva del folículo sebáceo ó del bulbo piloso, y no puede caracterizar la enfermedad, la cual depende del desarrollo de un criptógamo.

»Si se coge un pedacito de costra favosa, dice Gruby, se le deshace en una gota de agua destilada y se examina esta con un microscopio que aumente 300 veces el tamaño del objeto, se ven unos cuerpecitos redondos ú oblongos, cuyo diámetro longitudinal es de $\frac{1}{150}$ á $\frac{1}{50}$ de línea y el transversal de $\frac{1}{150}$ á $\frac{1}{80}$; los corpúsculos son transparentes, de bordes limpios, de superficie lisa, incoloros ó ligeramente amarillentos y compuestos de una sola sustancia. Obsérvanse ademas unos filamentos pequeños, articulados, del diámetro de $\frac{1}{500}$ á $\frac{1}{120}$ de línea, transparentes é incoloros, de forma cilíndrica ó con ramificaciones, segun la parte de la costra á que corresponden.

»Los filamentos cilíndricos estan compuestos de corpúsculos oblongos ó redondos, que tienen á menudo el aspecto de un rosario. Por el contrario los filamentos ramificados tienen de trecho en trecho tabiques vejetales que representan células oblongas, en las cuales se encuentran moléculas muy pequeñas, redondas y transparentes de $\frac{1}{5000}$ á $\frac{1}{500}$ de línea. Algunas veces se ven adheridos á los filamentos unos gra-

nitos semejantes á los esporos de la *tortula olivácea*; su caracter es indudablemente vejetal y pertenecen al grupo de los micodermos, segun Brongniart.

»Examinando una costra favosa intacta y que solo tenga algunas semanas, se ve que ofrece la misma forma de una cápsula aplanada, semejante á la de la nuez vómica, es decir, que representa un disco, de cuyas superficies una es cóncava y está en contacto con el aire, y otra es convexa y cutánea. El borde, de forma circular, está dividido por un ligero surco en dos partes iguales, de las cuales la superior se halla espuesta al aire y la inferior dirigida hácia el dermis. Toda la costra está envuelta en células de epidermis, que son mucho mas numerosas en la superficie cóncava que en la convexa.

»Por debajo de la cubierta epidérmica, entre ella y la vejetacion parásita, hay otra cubierta compuesta de moléculas de diferentes tamaños, que forman una sustancia amorfa donde penetran las raices de la planta parásita, mientras que la ramificacion se dirige hácia el centro de la costra.

»Si se divide una costra cortándola verticalmente, se encuentra un tejido central poroso, parduzco y friable, compuesto de granitos y ramos del micodermo, y en la periferia un tejido compacto, formado por la sustancia amorfa y las raices de la planta.

»Al principio no está perforado el disco periférico de la cápsula; pero se abre muy pronto en el centro un agujerito redondo, cuyos bordes se elevan por el desarrollo continuo de los micodermos; el agujero se aumenta poco á poco y se ve en medio una escavacion blanquecina, al paso que los bordes de la cápsula tienen un color amarillo. Al mismo tiempo que se ensancha el agujero, el micodermo, que está colocado en la cápsula sale y se desarrolla como un hongo, hasta que desaparecen los bordes completamente; los tallos de la planta se prolongan y los esporulos vejetan vigorosamente, sobre todo hácia el centro.

»De aqui resulta una forma inversa de la que se observaba antes de abrirse la cápsula, pues entonces habia una depresion en el centro, al paso que en el último grado de desarrollo está el centro mas prominente que los bordes (*Mémoire sur une végétation qui constitue la vraie teigne*; en *Compte rendu hebdomadaire des séances de l'Académie des sciences*, t. XIII, página 72 y 309: 1841).

»Entre todas estas descripciones tan diferentes entre sí no vacilamos en adoptar la de Letenneur, cuya esactitud ha comprobado harto á menudo uno de nosotros en el hospital de San Luis, para poder dudar de ella. Cazenave se ha decidido tambien por la opinion que tratamos de hacer prevalecer, y se ha esforzado en demostrar la imposibilidad de una lesion del mismo bulbo piloso. «Efectivamente, dice Cazenave, el cabello no está de ningun modo alterado en su parte interna desde la estremidad del conducto pilífero hasta el bulbo. Si residiese en él bulbo la enfermedad, habria alteracion primitiva del cabello. La alopecia no depende de la destruccion completa y radical del pelo, sino del trabajo de cicatrizacion y de obliteracion, que se opone á la salida de este del conducto pilífero y produce un obstáculo mecánico á su desarrollo esterior. Fácil es ver al través de las cicatrices, que el cabello continua segregándose, está como redoblado y solo mas adelante y á consecuencia de la inaccion á que se ve condenado llega por fin á atrofiarse. La depilacion es el mejor medio de hacer desaparecer el favus: pues bien, si el bulbo estuviese afectado, este modo de tratamiento seria inútil; y siendo por el contrario el conducto pilífero la parte enferma, se esplica fácilmente cómo el arrancamiento del pelo produce la curacion. «En cuanto á la opinion que considera la enfermedad en los folículos sebáceos, añade Cazenave, no hay necesidad de refutarla, puesto que se sabe positivamente que las lesiones de estos órganos estan caracterizadas, como en la acnea, por induraciones superficiales, que no se manifiestan nunca en el porrigo» (Cazenave, *Dictionnaire de médecine*, art. Tiña, t. XXIX; Paris, 1844).

»En cuanto á las criptogamas de Gruby, no queremos negar su existencia; pero opinamos que no se pueden considerar como causa próxima de la enfermedad. Cazenave ha repetido las observaciones microscópicas de Gruby, sin haber podido obtener resultados positivos, y demostrando perfectamente, que si los micodermos pueden desarrollarse accidentalmente en las costras favosas, no sirven para esplicar las lesiones y los síntomas que caracterizan el porrigo que nos ocupa.

»Sintomas.—Segun queda espuesto en el párrafo precedente no estan de acuerdo los observadores acerca de los fenómenos sintomáticos que se observan al principio de la enfermedad. Hemos dicho que pensabamos con Willan, Biett, Rayer, Cazenave, etc., que el elemento primitivo es una pústula, y hemos reproducido la escelente descripcion que ha hecho Lentenneur de la pústula favosa, de su curso, de sus trasformaciones sucesivas, del origen y del incremento de la costra, de su disposicion en forma de embudo, etc.

»En razon de la pequeñez de las pústulas y de su corta duracion, hay que examinarlas minuciosamente y con frecuencia, si se quiere observar los primeros fenómenos que caracterizan la enfermedad; pero por lo comun no se apercibe de su existencia el médico sino por las costras, de las cuales vamos á hacer ahora una descripcion mas minuciosa.

»La costra favosa presenta desde su formacion una depresion central, perfectamente visible con la lente y muchas veces á simple vista; esta depresion se ensancha y profundiza mas á medida que aumenta su volúmen, y no tarda en

formar como un vasito ó embudo muy marcado.

»La costra, muy pequeña al principio, es proximamente circular; adquiere con mas ó menos rapidez las dimensiones de una peseta; y puede presentar hasta una pulgada de diámetro (Cazenave); entonces adquiere á veces una forma irregular.

»Cuando no son muy antiguas las costras favosas, son blandas, amarillentas y semejantes a la miel, sobre todo en su circunferencia; pasando el tiempo adquieren un color amarillo claro ó se ponen blancas; se secan, saltan, rompen y reducen á un polvo que se parece al azufre pulverizado (Rayer, loc cit., p. 699).

»Los cabellos que atraviesan la costra son finos, rugosos, secos y encogidos; se pueden arrancar muy fácilmente, y son reemplazados por otros que estan todavia mas profundamente alterados. Este fenómeno le ha descrito perfectamente Lorri: «Veteres excutiuntur pili, dice, qui succrescunt albidi aut sunt, molles, vix »aliquot capientes incrementum, aut lanuginis »in morem tenuissimi, rari, intrincati, vix cal»vitiem ipsam dissimulantes.» Por otra parte, solo se modifica el cabello en su parte libre y en la que está encerrada en la costra; pero desde esta hasta el fondo del folículo conserva completamente su estado regular (Letenneur, tés. cit.).

»Al principio de la enfermedad estan aisladas las costras favosas; son muy pequeñas, y no pueden percibirse sino cuando se separan los cabellos. A medida que progresa la enfermedad, se caen ó se aglutinan los cabellos unos con otros, se estienden las costras y se transforman, ora por la abundancia de la secrecion favosa, ora por la reunion de muchas de ellas, en chapas mas ó menos anchas, irregulares, prominentes y rugosas, en cuya superficie no se ven ya depresiones ni alveolos. Pero si se quita cierta porcion de la materia concreta que constituye estas chapas, se ven debajo de ellas las depresiones centrales que forman el carácter esencial del favus, y entonces la superficie enferma ofrece alguna semejanza con un panal de miel (tiña radiada).

»Cuando el enfermo ha estado abandonado á su mal, ó cuando este es muy antiguo, se reunen las chapas y se confunden á su vez, y entonces toda la piel del cráneo puede estar cubierta con una especie de casquete costroso, grueso y desigual, que solo deja pasar algunos pelos delgados, rugosos, aislados ó aglutinados en varios mechones. Los enfermos exhalan un olor nauseabundo que se ha comparado con el de la orina de gato ó el de raton; tienen un prurito muy incómodo, que muchas veces aumentan los piojos que se encuentran en cantidad innumerable en los pocos pelos que todavia existen, y en las fisuras de las costras. Este es el grado mas adelantado del porrigo, que Willan y Biett han descrito ó creido describir con el nombre de porrigo scutulata.

»Cuando se desprende una costra recien formada, la piel que queda descubierta no está alterada, y solo presenta una depresion que no tarda en desaparecer; á veces tiene un color rojo mas ó menos violado, pero nunca se encuentra ulcerada (v. *Traité pratique des maladies des enfants*, por Berton, art. *Teigne*, comunicado por Emery, p. 270; París, 1842). Cuando la costra es antigua, la piel del cráneo está á menudo sanguinolenta, rugosa, y tiene prominencias y depresiones irregulares, y úlceras mas ó menos profundas. Baudelocque (loc. cit., p. 36) ha visto la piel estraordinariamente adelgazada; el tejido celular subcutáneo estaba rojo, y presentaba muchos vasitos llenos de sangre.

»En la superficie denudada se forman pústulas nuevas, á las cuales se siguen otras costras. «Esta circunstancia, dice Cazenave, es digna de notarse, porque es la que separa completamente el favus del impetigo. Efectivamente, en este último se forman las costras por una destilacion mas ó menos abundante, pero sin que se desarrollen pústulas» (art. cit., p. 344).

»Cuando las costras favosas no son confluentes, aparecen á menudo en el intervalo que las separa pústulas mas ó menos numerosas que no deben confundirse con el favus. Efectivamente, son mas superficiales y voluminosas que las favosas, no tienen depresion central, se trasforman en costras enteramente semejantes á las del impetigo, y se caen muy pronto, sin dejar mas rastro que una ligera rubicundez que tarda poco en disiparse. Estas pústulas pertenecen á un verdadero impetigo, que casi podria considerarse como una complicacion (Letenneur, tés. cit., p. 9—10. Emery, loc. cit., página 723). Cazenave mira este impetigo como una afeccion secundaria, y cree que las pustulas impetiginosas suceden á las costras favosas, y no se manifiestan mas que en los puntos donde se han caido ya los cabellos (art. cit., página 344). Esta opinion es muy absoluta: nosotros, como Letenneur y Emery, hemos visto desarrollarse á menudo pústulas impetiginosas en partes de la piel del cráneo que estaban todavia sanas, y solo hemos observado que estan situadas entre los cabellos, con cuya base no tienen ninguna conexion inmediata; al paso que las pústulas favosas se manifiestan en el punto mismo ocupado por los cabellos, y estan atravesadas por estos.

»La piel del cráneo es el sitio de predileccion del porrigo, y es raro que se manifieste la enfermedad en otras partes del cuerpo; sin embargo, vénse en los hospitales enfermos venidos de las provincias, que, habiendo abandonado la enfermedad á sí misma por muchos años, ó habiendo recibido auxilios médicos poco ilustrados, tienen costras favosas en la cara, en el cuello, en el pecho y en los miembros. Alibert, Biett y Cazenave, han observado porrigos generales, universales, de lo cual hemos visto tambien algunos ejemplos.

»Cuando la enfermedad es antigua y muy intensa, se encuentran algunas veces, principalmente en los niños, abscesos subcutáneos, infartos linfáticos; y Murray ha descrito una alteracion particular de las uñas en estos términos: «Obvenit quoque mihi puella insigni »deformitate et decoloratione unguis digiti mi»nimi manus sinistræ correpta, quem, cum »cultro corrigere aliquando tentarem, emitere »eumdem glutinosum succum vidi, quem ca»put stillabat, nec liberata ægra hocce vitio »ante quam ipsum caput sanaretur» (loc. citatus, p. 238). Alibert dice haber observado frecuentemente esta alteracion (loc. cit., p. 313), de la cual no hacen memoria Rayer ni Cazenave.

»La digestion, la respiracion y la circulacion no se alteran absolutamente, ni aun en los casos mas graves, y Murray tuvo razon en decir: «Valde probabile est, in tinea peculiare inqui»namentum humorum totius corporis locum non »habere, sed, quidquid mali succi adest, con»servari intra ipsum capitis corium» (loc. cit., pág. 237).

»Cree Cazenave que el porrigo puede ser causa de una detencion muy marcada en el desarrollo general del individuo. «Los sugetos atacados desde su primera infancia de un porrigo comunmente hereditario son en la parte física delgados, miserables y enteccos, y en la moral de inteligencia poco desarrollada. Parece que el favus trae consigo en estos casos un deterioro completo de la economía, y constituye verdaderamente una enfermedad general» (artículo citado, p. 345). No podemos participar enteramente de este modo de pensar: lejos de eso creemos poder asegurar, que el estado general de que habla Cazenave es casi siempre primitivo, y en vez de considerarse como efecto del porrigo, debe incluirse entre las causas predisponentes de esta última afeccion (Véase *etiologia*).

»El curso del porrigo es ordinariamente lento, pues pasan muchos meses y aun años antes de que la enfermedad invada toda la piel del cráneo. La duracion varia segun el tratamiento empleado y la época en que se aplica; pero siempre es bastante larga, y aunque se combata la enfermedad desde el principio con los medios mas eficaces, apenas puede conseguirse la curacion sino al cabo de muchos meses, y si es antigua, se necesitan á lo menos diez y ocho y algunas veces mas: cuando no se dirige bien el tratamiento es mucho mas largo el mal. Por punto general se consigue con bastante rapidez la caida de las costras y la curacion aparente ó real de los puntos que ocupaban; pero no tardan en presentarse otras nuevas en los mismos sitios ó en otras porciones de la piel del cráneo; cuyas reapariciones sucesivas prolongan la existencia de la enfermedad.

»El porrigo de la piel del cráneo es mucho mas rebelde que el del tronco ó el de los miembros.

»Terminacion. — El porrigo no causa por sí solo la muerte, la cual es siempre producida por una enfermedad primitiva ó por una complicacion. Por lo comun puede obtenerse la curacion, al cabo de un tiempo mas ó menos largo cuando se ha recurrido á un tratamiento convenientemente dirigido. Algunas veces se verifica espontáneamente; se caen las costras por si mismas sin reproducirse, y desaparece la enfermedad sin dejar tras de sí señal alguna. La terapéutica puede producir resultados no menos felices cuando interviene desde el principio.

»En el mayor número de casos solo se obtiene la curacion á costa de una alopecia definitiva; y esta debe considerarse tambien como uno de los caractéres esenciales del porrigo, puesto que ninguna otra enfermedad de la piel del cráneo trae consigo la destruccion de los cabellos.

»Letenneur ha estudiado muy bien estas dos terminaciones.

»Cuando el orificio del conducto pilífero no se ha dilatado estraordinariamente por el desarrollo considerable de la costra favosa, pueden aproximarse sus paredes, y verificarse la curacion sin cicatriz; pero si la costra tiene muchas lineas ó una pulgada de diámetro, como sucede algunas veces, si hay disociacion de los elementos que forman las paredes de la cavidad cutánea subyacente; los tejidos, enormemente distendidos, pierden su elasticidad, y con frecuencia se forman debajo de las costras úlceras que imposibilitan la curacion sin cicatriz. Esta es plana, reluciente, superficial, pero indeleble y semejante á las que quedan despues de los vejigatorios que se han sostenido algun tiempo; de manera que hay en la cabeza espacios enteramente calvos, al lado de otros provistos de pelo con todas sus cualidades normales.

»Cuando la cicatriz es reciente, los bulbos de los pelos se encuentran debajo de ella, pero disminuidos de volumen y atrofiados en el sentido de su altura y de su grueso. En esta época contienen en su centro un punto negro prolongado, formado por el cabello, cuya salida al esterior no puede verificarse á causa de la obliteracion del conducto que deberia darle paso.

»De esta disposicion resulta, que la secrecion del folículo piloso se disminuye, y por consiguiente se atrofia completamente este órgano secretorio. Efectivamente, algunos meses despues de la cicatrizacion se ven pegadas á la cara interna del dermis, y adheridas á esta membrana, unas granulaciones pequeñas, semi-trasparentes, que parecen ser vestigios de los folículos pilosos. Cuando las cicatrices existen muchos años, desaparecen las granulaciones, y la piel se presenta muy adelgazada (Letenneur, tés. cit., p. 17, 18).

»Las recidivas son muy frecuentes, aun despues del tratamiento mas racional y de la curacion mas completa en la apariencia.

»Diagnóstico.—El diagnóstico del porrigo es

siempre fácil, y á la verdad que no se concibe cómo hombres versados en el estudio de las afecciones cutáneas han podido desconocer los caractéres patognomónicos tan marcados que separan el favus de todas las demas dermatosis.

»El porrigo en el estado pustuloso solo puede confundirse con el impetigo; pero las pústulas favosas se desarrollan en la raiz de los cabellos, á los cuales estan íntimamente adheridas; aparecen atravesadas por uno ó muchos cabellos; son muy pequeñas, y se encuentran encajadas en el epidermis; presentan una depresion central perfectamente visible con una lente, y por último se trasforman muy pronto en costras características.

»Cuando las costras favosas estan aisladas, y sus dimensiones son pequeñas, se halla tan marcada su disposicion en forma de alveolo, que es imposible dejar de conocer la enfermedad.

»No es tan facil el diagnóstico cuando la enfermedad es antigua, cuando las costras son gruesas, irregulares y se han borrado los alveolos que forman, pudiendo entonces confundirse el porrigo con el impetigo y con el eczema escamoso; pero si se quitan las costras mas superficiales, se encuentran casi constantemente debajo de ellas los alveolos perfectamente marcados, y muchas veces al lado de anchas superficies costrosas hay una pústula ó una costra aislada característica. Las alteraciones de los cabellos indican tambien la verdadera naturaleza de la enfermedad, y el error deja de ser posible cuando se observan en algunos puntos cicatrices indelebles.

»Hé aqui, segun Cazenave, los caractéres diferenciales que no permiten confundir el porrigo con el *herpes tonsurante (porrigo scutulata* de Willan y de Biett, *tiña tundente* de Mahon, *ringworm* de los ingleses). El herpes tonsurante empieza por una erupcion de vesículas, que forman un circulito, que va ensanchándose hasta invadir una porcion á veces notable de la piel del cráneo. El caracter vesiculoso basta para establecer el diagnóstico; pero este caracter es muy efímero, porque las vesículas se rompen casi inmediatamente para formar costras.

»En el herpes tonsurante no hay verdaderas costras, sino mas bien unas especies de escamas rugosas, pardas ó de color blanco parduzco, sin que se noten señales de alveolos. Por último los cabellos no presentan la alteracion que se encuentra constantemente en el porrigo, y no estan destruidos, sino solamente rotos á una ó dos líneas de su punto de salida en toda la estension de la chapa, de modo que parece que hay una corona. Los cabellos se caen inmediatamente despues de la rotura de las vesículas, y hasta mas adelante no se forman las escamas.

»Muchas veces es única la corona, mas ó menos estensa, pero siempre formando un círculo bastante regular; en algunos casos hay muchos discos, que se desarrollan aisladamente, y concluyen por confundirse en una ancha superficie irregular; pero esto es muy raro (Cazenave, *Dict. de méd.*, *loc. cit.*, p. 350; *Ann. des maladies de la peau*, *loc. cit.*, p. 43).

»El pronóstico es desfavorable, en razon de la probabilidad que hay de que dure el mal mucho tiempo, y de la alopecia que casi inevitablemente le sigue.

»Etiologia.—*Causas predisponentes. Edad.*—El porrigo es mas frecuente en los niños, aunque se manifiesta bastante á menudo en los adultos y muy rara vez en los viejos. Segun Rayer, el mayor número de los admitidos por la oficina central de los hospitales corresponde á la edad de siete, ocho y nueve años, pero principalmente á la de siete. El *sexo* no tiene ninguna influencia conocida.

»A pesar de la opinion de Cazenave (art. citado, p. 344), creemos debe tenerse muy en cuenta la *constitucion*; pues para nosotros es incontestable que el porrigo ataca con preferencia á los sugetos linfáticos, escrofulosos ó debilitados por la miseria, á los que habitan en sitios insalubres ó usan alimentos insuficientes ó mal sanos. El desaseo debe colocarse tambien entre las causas predisponentes del porrigo.

»Emery ha insistido con razon en la influencia que ejercen los *modificadores higiénicos* (loc. cit., p. 725).

»La mayor parte de los autores admiten la predisposicion hereditaria.

»*Causas determinantes.—Contagio.*—Asegura Alibert (loc. cit, p. 318) que sus discípulos han inoculado muchas veces el producto de la incrustacion favosa bajo varias formas y por distintos procedimientos, sin haber podido lograr nunca producir la enfermedad; Gruby ha practicado 47 inoculaciones en el hombre (cinco veces) ó en los animales (24 gusanos de seda, 6 reptiles, 4 pájaros y 8 mamíferos), y solo ha obtenido resultados negativos (loc. cit., p. 311). Emery ha aplicado costras favosas sobre úlceras cutáneas, sin haber logrado nunca inocular la tiña (loc. cit., p. 725); Gallot habia hecho ya esperimentos semejantes é igualmente infructuosos (*Recherches sur la teigne*, en 8.º, páginas 64 y siguientes; Paris, 1805). A pesar de estos hechos que parecen perentorios, no podemos menos de admitir la trasmision del porrigo por contagio: Willan, Rayer (loc. cit., página 708), Mahon (loc. cit., p. 96 y siguientes) y Cazenave, han citado hechos que apenas permiten dudar acerca de este particular, y nosotros hemos observado otros análogos.

«El porrigo es evidentemente contagioso, dice Cazenave (art. cit., pág. 348). Háse negado esta causa esencial de la enfermedad favosa; pero debe considerarse esta negacion como una consecuencia necesaria de la aplicacion de la palabra tiña á una multitud de afecciones que no merecen este nombre.»

»Mahon afirma (pág. 96) que la inoculacion rara vez deja de producir su efecto, cuando se la practica con la materia favosa recogida en el momento de la rotura de las costras.

»El porrigo se trasmite ordinariamente por el intermedio de los objetos que cubren la cabeza (sombrero, gorro, pañuelos, etc.), y por los cepillos ó peines que han servido á algun tiñoso: tambien pueden los dedos trasmitir el contagio.

»Biett citaba en sus lecciones muchos hechos de porrigo desarrollado espontáneamente á consecuencia de una impresion moral fuerte: confesamos nuestra incredulidad acerca de este particular.

»Tratamiento.—Tres indicaciones se presentan en el tratamiento del porrigo: 1.° *limpiar la cabeza y hacer caer las costras; 2.° quitar de las superficies enfermas los pelos que las cubren, sin destruir sus bulbos; 3.° modificar la vitalidad de las superficies enfermas para impedir el desarrollo de pústulas nuevas.*

»La primera indicacion es fácil de satisfacer por medio de cataplasmas, de unturas con un cuerpo graso (manteca, cerato, etc.), de abluciones con agua de jabon, y por el uso moderado del peine y del cepillo: bastan generalmente algunos dias para obtener la caida de todas las costras.

»La segunda indicacion ofrece muchas dificultades. En el dia no debe hablarse del gorro de pez, es decir, de la avulsion brusca y en masa de los cabellos por medio de un emplasto aglutinante; Samuel Plumbe ha aconsejado arrancarlos de uno en uno con unas pinzas; pero es un procedimiento doloroso, muy largo é impracticable en los hospitales; hay pues que recurrir á *polvos depilatorios*; pero desgraciadamente no se conocen ningunos que obren convenientemente, á no ser los inventados por los hermanos Mahon, cuya composicion se ignora.

»No siempre es indispensable la depilacion; pues hemos visto en el hospital de San Luis, en la clínica de Emery, curarse definitivamente y con bastante rapidez varios enfermos, que se habian contentado con cortar ó afeitar los cabellos á medida que nacian. Pero estos felices resultados solo se han obtenido cuando la enfermedad era reciente y poco estensa, y es forzoso reconocer con Cazenave (art. cit., página 351) que en todos los demas casos la depilacion constituye casi el único método realmente eficaz.

»Hánse usado muchos medicamentos con el objeto de modificar la vitalidad de los tejidos y de evitar la reproduccion de las pústulas favosas: se ha recurrido á las lociones con agua acidulada con vinagre, con ácido nítrico ó con el hidroclórico; ó bien compuestas con una disolucion de sulfato de zinc ó de cobre, ó con el nitrato de plata ó el deutocloruro de mercurio. Tambien se han empleado pomadas en cuya composicion entran el azufre, el sublimado, los calomelanos, óxido de manganeso, pimienta ú hollin; Biett hacia uso de una pomada compuesta de veinte á cuarenta granos de ioduro de azufre por onza de manteca ó cerato; Emery alaba la pomada siguiente: R. de sub-carbonato de potasa del comercio una dracma, cal apagada veinte granos, flores de azufre veinte granos, manteca diez dracmas; y recientemente ha obtenido muchas curaciones notables por medio de otra compuesta de este modo: R. de ioduro de hierro veinte granos, de ioduro de potasio cuarenta granos, de sub-carbonato de potasa dos dracmas, de manteca diez dracmas.

»Háse preconizado la cauterizacion de las superficies enfermas, denudadas de antemano con el nitrato ácido de mercurio, con ácido nítrico, la tintura cáustica de iodo (Emery), ó el ácido acético (Willan, *Annales des mal. de la peau*, 1844, t. I, p. 352).

»Con la mayor parte de estas medicaciones se han obtenido buenos é incontestables resultados; pero no podemos menos de confesar que con el tratamiento de los hermanos Mahon se consiguen curaciones mas numerosas, mas rápidas y seguras.

«En resumen, dice con una franqueza admirable Cazenave, he agotado todos los recursos de la terapéutica; todo lo he empleado; lociones, fricciones, cauterizacion; he obtenido buenos resultados y aun curaciones, pero siempre al cabo de mucho tiempo y de un modo menos constante que las que veo consiguen diariamente los hermanos Mahon» (art. cit., pág. 335).

»Es sensible que estos hayan creido poderse dispensar de descubrir el secreto de su método, y que el gobierno no haya querido adquirirle á precio de oro. Adviértase sin embargo, que el número de curaciones obtenidas por los señores Mahon se esplica en parte por los cuidados asíduos y minuciosos que prodigan á los enfermos, y porque reunen con el nombre de *tiña* el *porrigo*, el *impetigo* y el *eczema de la piel del cráneo*.

»Los medicamentos internos no son útiles en el tratamiento del porrigo, sino para modificar la constitucion cuando es primitivamente mala ó se ha alterado de un modo consecutivo.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Willan ha colocado el porrigo en el órden de las pústulas (órden V), y Alibert en el grupo de las dermatosis tiñosas (grupo III); pero habiendo reunido estos autores bajo una misma denominacion afecciones diferentes, modificó Biett esta clasificacion, y aunque conservó en el órden de las pústulas, el porrigo (órden IV), solo dió este nombre á los porrigos favosa, lupinosa y scutulata.

»Las nuevas investigaciones de Cazenave deben hacer desechar completamente el nombre de porrigo scutulata, que no tiene un sentido patológico bien determinado, conservando solo en el órden de las pústulas con el nombre de *porrigo*, el porrigo favosa de Biett, es decir, el porrigo lupinosa de Willan.

«Historia y bibliografia.—Willan es el primero que ha separado el porrigo, es decir; la

enfermedad caracterizada por pústulas favosas, de las demas afecciones de la piel del cráneo, y todos los dermatólogos franceses han repetido su descripcion

»El porrigo solo ha dado lugar á un corto número de trabajos especiales, entre los que citaremos los de Murray (de *Mèdendi tineæ capitis ratione paralipomena*, en *Opuscula*, página 123; Gottinga, 1786), de Baudelocque (*Rech. anatomiques et médicales sur la teigne faveuse*, en *Rev. méd.*, t. IV, p. 27; 1831) y Letenneur (*Quelques recherches sur le favus*, tésis de Paris, 1833, n.º 196).

»La obra de los hermanos Mahon (*Recherches sur le siége et la nature des teignes*; Paris, 1829) es muy poco científica, y no puede ser de ninguna utilidad al nosógrafo ni al práctico.

»Debemos hacer mencion particular del artículo de Emery publicado en la obra de Berton (*Traité pratique des mal. des enfants*, p. 270; Paris, 1842) y del publicado por Cazenave en el *Dictionnaire de médecine* (art. *Teigne*, t. XXIX, p. 338)» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 138-147.)

GENERO CUARTO.

PÁPULAS.

CAPITULO I.

Del liquen.

»SINONIMIA.—Λειχην, de Hipócrates; *papulæ*, *scabies*, de Celso; *tinea volatica*, de Sauvages; *herpes siccus*, de Swediaur; *exormia lichen*, de Good; *licheniasis adultorum*, de Young; *lichen*, de Plinio, Vogel, Willan, Bateman, Biett, Cazenave y Schedel, Rayer y Gibert; *prurigo lichenoïdes*, *prurigo furfurans*, de Alibert; *serpigo*, *zerna*, *petigo*, *sarpedo volatica impetigo*, *ignis volaticus*, *ignis silvestris*, *vitigo*, de diversos autores.

»DEFINICION.—Se da el nombre de *liquen* á una afeccion no contagiosa de la piel, caracterizada por el desarrollo de pápulas aglomeradas o discretas, que invaden una superficie mas o menos estensa, y que terminan ordinariamente por una descamacion furfurácea.

»DIVISION.—La mayor parte de los autores que han escrito sobre las enfermedades de la piel, admiten dos especies de liquen: A. el *lichen simplex*, y B el *lichen agrius*. El liquen simplex ofrece cuatro variedades basadas en el aspecto, forma y colocacion de las pápulas, que son: 1.º el *lichen lividus*; 2.º el *lichen circunscriptus*; 3.º el *lichen urticatus*, y 4.º el *lichen strophulus*. Biett ha observado ademas una quinta variedad que llama 5.º *lichen gyratus*. Por último el lichen strophulus presenta cinco subvariedades, basadas en el color ó en el curso de las pápulas, y designadas por los autores con los nombres de a. *strophulus intertinctus*; b. *strophulus confertus*; c. *strophulus volaticus*; d. *strophulus albidus*; e. *strophulus candidus*.

»Estudiaremos primero en este artículo los caractéres comunes a todos los líquenes, describiendo en seguida los caractéres generales del *lichen simplex* y los que pertenecen á cada una de sus variedades y subvariedades, terminando por el estudio del *lichen agrius* y por el de las variedades relativas al sitio que ocupa la erupcion (*lichen pilaris*, etc).

»CARACTERES COMUNES Á TODAS LAS CLASES DE LIQUEN.—Todas las variedades del liquen se presentan bajo la forma de elevaciones llenas, solidas, en general pequeñas, en ciertos casos ligeramente rubicundas, pero las mas veces del mismo color de la piel, reunidas en número mas ó menos considerable sobre un solo punto, acompañadas de prurito, que terminan ordinariamente por una descamacion furfurácea, y mas rara vez por escoriaciones superficiales y muy rebeldes.

»Esta inflamacion puede afectar la forma aguda; pero sigue por lo comun un curso crónico. Aparece indistintamente en todas los regiones del cuerpo, invadiéndolas á un tiempo en algunos casos, pero limitándose en los mas á una sola, y presentándose entonces con preferencia en las manos, en los antebrazos, en el cuello y en la cara.

»Rara vez sucede otra enfermedad cutánea á la que ahora nos ocupa; pero despues de muchas recidivas ó cuando ha tenido su asiento en una misma region, adquiere la piel un color amarillo gris sucio, se engruesa y se pone áspera.

»A. *Liquen simple.—Caractéres generales.*—En el liquen simple (*lichen simplex, acutus*, Rayer) las pápulas son ordinariamente muy pequeñas, bastante parecidas á los granos de mijo, estan aglomeradas y presentan diferentes caractéres segun que se las observe en el estado agudo ó en el crónico. En el primer caso aparecen rojas, inflamadas y acompañadas de calor y prurito durante tres ó cuatro dias, al cabo de los cuales sobreviene una ligera descamacion furfurácea: no habiendo erupciones sucesivas, se termina todo antes del segundo septenario. En el segundo (estado crónico), que es el mas comun, estan las pápulas poco ó nada inflamadas; su color es generalmente el de la piel; van precedidas de una comezon muy viva y forman bastante prominencia para poderlas distinguir fácilmente con el dedo aplicado sobre el punto donde tienen su asiento. Estas pápulas permanecen algun tiempo estacionarias, y despues las sigue una nueva erupcion, acompañada de engrosamiento de la piel y de una esfoliacion muy abundante, cuyo estado puede durar semanas y aun meses enteros.

»A menos que sea muy estensa la erupcion, hay falta completa de síntomas generales; y los únicos signos que la preceden ó acompañan son un poco de escozor ó de comezon.

»1.º *Liquen lívido.*—Este liquen que ataca especialmente á los individuos debilitados por la miseria y las privaciones, tiene por caracter principal el tinte violado de sus pápulas, que son poco resistentes, aplanadas y mezcladas muchas veces con manchas purpúreas y hemorrágicas. Está sujeto á recidivas, que pueden sobrevenir poco despues de su desaparicion, y repetirse muchas veces seguidas durante algunas semanas. Por lo demas parece ser muy raro, pues Rayer dice no haberlo observado mas que en dos casos.

»2.º *Liquen circunscrito.*—Se presentan las pápulas en grupos redondeados; forman unos círculos de bordes pronunciados, rara vez únicos, mas ó menos numerosos, y que se curan en su centro por una esfoliacion ligera, mientras que su circunferencia se ensancha continuamente á beneficio de nuevas erupciones. Aumentándose asi estos círculos, se aproximan de tal modo unos á otros que acaban por confundirse. En esta variedad tienen las pápulas con corta diferencia el mismo color de la piel y son menos pertinaces que las del liquen simple agudo.

»3.º *Liquen urticado.*—En el liquen urticado son las pápulas mas anchas que en las variedades que acabamos de describir, inflamadas, voluminosas, prominentes, de forma irregular, y de un aspecto semejante á las picaduras de ortigas ó á las mordeduras de chinches ó mosquitos: en algunos casos se hacen confluentes, y se estienden formando chapas no muy grandes. Esta erupcion, que va acompañada muchas veces de un movimiento febril y de un prurito quemante é incómodo, se desarrolla de pronto y dura poco; pero puede desaparecer y manifestarse muchas veces en un corto espacio de tiempo. Por lo comun ataca á los individuos que tienen la piel blanca y fina; observándose principalmente en los jóvenes, en las mujeres y en los niños; termina por resolucion ó descamacion furfurácea, y se presenta ordinariamente en la primavera. Por lo demas esta variedad es muy rara.

»4.º *Liquen strofulus.*—El liquen strofulus es, por decirlo asi, una enfermedad particular de los niños de pecho, y se desarrolla sobre todo en la época de la primera denticion: á esta variedad es á la que dan las nodrizas, las madres y aun los autores que han escrito sobre las enfermedades de los niños, los nombres de *granos*, *calor* ó *fuego de la denticion*. Casi siempre sigue un curso agudo, y puede ser local ó general. Las pápulas que lo caracterizan son mas blancas ó mas rojas que la piel, variables en sus dimensiones; se reproducen á veces bajo el tipo intermitente, y se desarrollan de una manera sucesiva. Van acompañadas de una comezon muy viva, que se aumenta por el calor, sobre todo por el de la cama, haciendo que duerman los niños inquietos y agitados, y termina como la variedad precedente por resolucion ó descamacion furfurácea.

»Las pápulas del liquen strofulus presentan en su color, forma, disposicion y dimensiones, muchas variedades, que pueden existir solas ó reunidas entre sí, que han recibido nombres particulares, como ya hemos dicho, y que vamos á describir con brevedad.

»a. *Strofulus intertinctus.*—Pápulas de un rojo vivo, prominentes, diseminadas y mezcladas con manchitas eritematosas. «Estas pápulas y manchas rojas persisten algunas veces muchos dias sin que sobrevengan cambios notables en la salud de los niños, desapareciendo con frecuencia por las mañanas para reproducirse por las tardes. Por último, cuando son persistentes, se deprimen al cabo de uno ó dos septenarios, presentando entonces su superficie un ligero tinte amarillo con descamacion furfurácea» (Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. II, p. 77; 1835).

»b. *Strofulus confertus.*—Pápulas mas pequeñas, numerosas, aproximadas, confluentes y elevadas, pero en cambio menos vivas que en el caso precedente: su número es casi siempre muy considerable. « Terminan, dice Rayer (loco citato, p. 78), en el espacio de uno ó dos septenarios por una descamacion furfurácea. En el tronco ocupan estas pápulas especialmente el dorso y los lomos, y son mas anchas y aglomeradas que en la cara. Cuando se las pica profundamente con una aguja, se puede á veces esprimir de ellas una gotita de un fluido seroso y trasparente, que no está depositado por debajo del epidermis, como sucede en las vesículas, y que mas tarde se reabsorve. En los miembros superiores, en el cuello y en los hombros, forman las pápulas por lo comun grupos irregulares, y terminan por una descamacion furfurácea, conservando la piel por espacio de algun tiempo en los puntos afectados un color gris amarillento. Las pápulas que se desarrollan en los miembros inferiores van siempre acompañadas de una comezon muy viva, y aparecen especialmente en las pantorrillas, los muslos, las nalgas y los lomos, por erupciones sucesivas que se repiten á veces durante muchos meses.»

»c. *Strofulus volaticus.*—Aparecen en diversas regiones unos grupos pequeños, redondos, formados por pápulas, cuyo número varia de seis á diez, y cuyo color es rojo vivo lo mismo que el de los intersticios que las separan. estas pápulas se aplanan, pierden su lustre y terminan por una descamacion furfurácea al cabo de cuatro ó cinco dias. Se presentan por lo comun de una manera sucesiva en muchos puntos diferentes, y su existencia puede prolongarse por un número considerable de septenarios.

»Las pápulas del strofulus pueden tener un color blanco, y de aqui resultan las dos últimas sub-variedades.

»d. *Strofulus albidus.*—Pápulas pequeñas, poco estensas, rodeadas de un círculo rojo, y en general bastante prominentes.

»e. *Strofulus candidus.* —Aqui las pápulas son mas anchas y gruesas que las precedentes;

no estan rubicundas en su base; tienen un blanco mas apagado que el de la piel; su superficie es lisa y brillante, y estan separadas unas de otras por anchos espacios.

»5.º *Liquen festoneado.* — Ya hemos dicho que esta variedad fue observada por Biett, y hé aqui cómo se espresan respecto de ella Cazenave y Schedel: «Hay otra forma muy rara, de la cual no hablan los autores, y que sin embargo es muy notable. Biett, que es el primero que la ha observado y descrito, cree que puede dársele el nombre de *lichen gyratus.* En efecto, nosotros hemos visto en el hospital de San Luis pápulas dispuestas en pequeños grupos, formando una especie de cinta, que empezaba en la parte anterior del pecho, y se estendia á la interna del brazo, cuyo miembro costeaba, siguiendo todo su borde interno hasta la estremidad del dedo meñique, esactamente sobre el trayecto del nervio cubital» (Cazenave y Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, pág. 299, 3.ª edic.; París, 1838). Rayer ha visto dos cintas de pápulas, que formaban una especie de guirnalda alrededor del cuello, estendiéndose desde una á otra oreja (loc. cit., página 51).

»Por último, para terminar todo lo relativo al liquen simple, diremos que algunos autores han admitido una sesta variedad, á la que dan el nombre de *liquen trópical*; pero no es fundada esta distincion, porque las variedades del liquen que se observan en los trópicos no difieren de las que se ven en los demas paises, sino por algun caracter relativo á la naturaleza del clima. Asi es que esta erupcion da lugar á una comezon tan violenta, que los enfermos tienen una necesidad irresistible de rascarse; y si por desgracia llegan á desgarrarse la piel con esta maniobra, resultan ulceraciones cuya curacion es muy dificil. El liquen tropical ataca á casi todos los niños indigenas, igualmente que á las personas que llegan á los trópicos.

»B. *Liquen agrius.*—El liquen agrius puede manifestarse espontáneamente ó suceder al liquen simple. Cuando su aparicion es espontánea son sus pápulas numerosas, muy encarnadas, inflamadas, confluentes, pequeñas, prominentes y puntiagudas, y se desarrollan en una superficie eritematosa, la cual se halla rodeada de un circulo inflamatorio, percibiéndose en ella un calor y una tension muy dolorosos. Esta erupcion va acompañada tambien de un movimiento febril, que cesa por lo comun luego que han acabado de presentarse las pápulas. «Estas producen, sobre todo por la noche, un prurito quemante é intolerable, que se exaspera por todo género de irritacion, y que llega á veces hasta el punto de causar á los enfermos un verdadero tormento; por manera que estos, no tan solo se rascan continuamente con sus uñas, sino que hasta esperimentan un placer en desollarse la piel con los cepillos mas ásperos. A consecuencia de estas maniobras cae el vértice de las pápulas; la piel se pone roja y sanguinolenta; rezuma un líquido seroso de la punta de las pápulas desgarradas, concretándose bajo la forma de costras amarillentas, algo rugosas, pero blandas y poco adherentes» (Rayer, ob. cit., t. II, p. 52). Segun Devergie, tres son las condiciones principales que caracterizan el liquen agrius: 1.ª el volumen mas considerable que tienen las elevaciones liquenoides; 2.ª la persistencia de la enfermedad, y 3.ª la viva comezon que la acompaña (*Gazette des hôpitaux*, 4 de enero de 1844).

»El liquen agrius se agrava algunas veces, presentándose exacerbaciones dolorosas y nuevas erupciones, y puede pasar al estado crónico. «En el liquen agrius muy antiguo é inveterado, dice Rayer (ibidem), está la piel seca, rugosa, dura y surcada por arrugas profundas, sobre todo cuando existe la erupcion en las corvas y en las flexuras de los brazos. Estas superficies conservan mucho tiempo su sequedad aun bajo la influencia de los baños de vapor.»

»Esta forma es bastante frecuente; puede durar ocho ó diez septenarios, muchos meses y aun años, sin ofrecer en tanto tiempo mas que simples remisiones. Cuando se ha prolongado mucho su existencia en un punto, ó se ha presentado repetidas veces en él, se reproduce con suma facilidad a consecuencia de las vicisitudes atmosféricas. Algunas veces va acompañada de dolores en el epigastrio, de náuseas, vómitos y de otros varios trastornos de las funciones digestivas.

»El liquen simple puede pasar al estado de liquen agrius: el enfermo esperimenta, en vez del prurito habitual, un escozor y un calor insólitos; las pápulas se hacen confluentes; se rodean de una pequeña areola rojiza, y aun se ponen ellas mismas rubicundas, siguiendo luego la erupcion el mismo curso que se observa en el liquen agrius espontáneo. En este caso sucede á veces que no toda la erupcion participa de la flogosis, la cual por otra parte es siempre menos viva y de menor duracion; tanto que lejos de traer perjuicios, imprime muchas veces á la afeccion un curso favorable. El liquen agrius se desarrolla comunmente en los jóvenes y en los adultos sanguíneos y vigorosos (Cazenave y Schedel, ob. cit., p. 302).

»Devergie dice que el liquen agrius puede existir bajo dos formas principales: bajo la de chapas, como le acabamos de describir, y en la de cintas. En esta última estan las pápulas situadas á lo largo de la parte interna de los muslos y brazos, formando prolongaciones oblícuas de fuera adentro y de arriba abajo. Devergie da á esta forma de liquen el nombre de *liquen perpendicular*, y cree que se confunde con el liquen festoneado de Biett, que este médico considera sin razon como variedad del liquen simple (loc. cit.).

»Curso.—Duracion.—Terminacion.—Ya hemos dicho que el liquen podia presentarse en el estado agudo ó en el crónico, pero que afectaba mas generalmente la segunda forma. Esta

enfermedad se halla muy sujeta á recidivas, que sobrevienen muchas veces poco despues de haberse curado la erupcion precedente, como se observa sobre todo en el liquen agrius de la cara. El liquen simple crónico puede estar fijo en una sola region, ó hallarse constituido por muchas erupciones sucesivas, que se vayan manifestando en varios puntos.

»Habiendo ya indicado al hablar de cada variedad el curso agudo ó crónico de todas ellas, no volveremos á ocuparnos de este asunto, para evitar repeticiones inútiles y fatigosas.

»La duracion del liquen simple agudo varia desde uno á tres septenarios: cuando pasa al estado crónico, puede persistir muchos meses y aun prolongarse años enteros. Las formas mas rebeldes son el liquen circunscrito, el piloso y el agrius; asi como tambien los que se desarrollan en las partes genitales ó en la margen del ano.

»Esta enfermedad termina generalmente por la curacion; la cual se verifica, segun hemos dicho, por resolucion ó descamacion.

»Variedades de asiento.—1.° *Liquen piloso*. Las pápulas se presentan en los puntos de la piel cubiertos de pelos, como los tegumentos del cráneo, el menton y las partes genitales: los bulbos pilosos participan tambien de la inflamacion, la cual es crónica por lo comun. El liquen de las partes genitales y de la margen del ano es el mas rebelde, y determina un prurito insoportable: es raro que las pápulas se desarrollen primitivamente en la piel del cráneo, á la cual se propagan por lo comun desde la cara ó el cuello.

»2.° *Liquen de la cara*.—Casi todas las formas de liquen pueden ocupar la cara: las que se encuentran con mas frecuencia en este sitio son el liquen urticado y el agrius, y los strofulus volaticus, intertinctus, confertus y albidus. El liquen de esta region es muchas veces crónico, ocupando entonces de preferencia la nariz, las regiones malares y el menton.

»3.° *Liquen de los miembros*. — El liquen agrius es el que se observa en las flexuras de los miembros, mientras que las diferentes variedades del liquen simple ocupan las partes posteriores y esternas. El liquen lívido tiene su asiento de prediIeccion en los miembros inferiores; el circunscrito en la cara dorsal de las manos y en los antebrazos; el strofulus confertus en las estremidades superiores y en los muslos, y el liquen festoneado ó perpendicular en la cara interna de los miembros superiores é inferiores.

»4.° *Liquen del tronco*.—El liquen circunscrito, el urticado, el festoneado (Rayer) y el strofulus albidus ocupan algunas veces el cuello y el pecho. El strofulus candidus se ha observado en la espalda, y este y el confertus se han visto en las nalgas y los lomos.

»Complicaciones. -- El liquen puede complicarse con vesículas y pústulas, como por ejemplo con impetigo y ectima: Rayer lo ha visto acompañado de diviesos, y puede complicar á la sarna cuando esta sobreviene en individuos jóvenes y pletóricos.

»Diagnóstico.—El prúrigo y la sarna son las únicas enfermedades que á primera vista pueden confundirse algunas veces con el liquen simple; pero será fácil evitar todo error recordando los caractéres fundamentales de cada una de estas erupciones. Asi es que aunque el prúrigo se halle constituido por pápulas, que cuando se desarrollan en los miembros ocupan, como el liquen, la cara esterna de estos en el sentido de su estension, se diferencian estas pápulas de las del liquen, en que son mas anchas y aplanadas, y cuando se han desgarrado con las uñas estan cubiertas por una costrita negruzca, debida á un poco de sangre desecada, presentando en el resto de su estension el mismo color de la piel. Siempre se hallan aisladas, esparcidas, nunca reunidas en grupos circunscritos, y las acompaña tambien un prurito mucho mas acre y quemante que el que se observa en el liquen, en el cual no se manifiesta, por decirlo asi, mas que un hormigueo ó un ligero cosquilleo.

»La sarna está caracterizada por la erupcion de unas vesículas, las mas veces discretas y trasparentes, mas anchas en su base que en su vértice, que aparecen especialmente en los dedos, alrededor de las muñecas, en el vientre y en las flexuras de los miembros. Por último, es contagiosa y casi nunca ataca á la cara. En los casos dudosos, la falta ó presencia de acaros seria un dato de gran valor.

»En cuanto al eczema, al impetigo y á la psoriasis, solo podrian confundirse con el liquen agrius; pero ni aun llegaria á cometerse este error, recordando que el liquen se halla constituido por pápulas, el eczema por vesículas, el impetigo por pústulas, y que en la psoriasis son siempre las escamas mas anchas que las esfoliaciones del liquen agrius. Ademas, en la psoriasis coinciden las descamaciones con un engrosamiento de la piel y especialmente del epidermis, que no existe en un grado tan intenso en el liquen. Por otra parte, aunque es verdad que las pápulas confluentes y desgarradas del liquen agrius podrian tomarse fácilmente por las escoriaciones superficiales consecutivas al eczema, debe tenerse en cuenta que casi siempre existen alrededor de estas escoriaciones ó pápulas ó vesículas intactas, cuya presencia no puede menos de ilustrar mucho el diagnóstico. Por último, si sucediese que las pústulas del impetigo, reunidas en grupos como las pápulas del liquen agrius, llegaran á simularlas en cierto modo, deberia cesar toda perplegidad, observando que en este último son las costras delgadas y muy adherentes, mientras que son gruesas y se desprenden con facilidad en el primero.

»Las pústulas de la acnea rosácea, dice Rayer, del cual tomamos testualmente este pasage, estan inflamadas en su base lo mismo que

las pápulas del liquen agrius; pero las primeras no llegan á ulcerarse; cada una de ellas encierra una gotita de pus; mientras que las pápulas del liquen estan llenas, sólidas, y exhalan en los puntos ulcerados un liquido sero-purulento que humedece su superficie. Las pápulas reunidas en una superficie mas ó menos estensa, progresan simultáneamente, se hacen confluentes, y van acompañadas de una irritacion profunda que se estiende al dermis, pero rara vez al tejido celular subcutáneo: en la acnea que ha adquirido cierta intension, se propaga siempre la irritacion hasta el tejido celular y deja en él señales que duran mucho tiempo. El liquen agrius de la cara ocupa muchas veces la frente, las mejillas y los labios; la acnea aparece en estas dos últimas regiones. La acnea va acompañada de una especie de hormigueo que se hace mas notable é incómodo despues de las comidas, cuando hay fuego cerca y en los parages calientes; el prurito del liquen agrius de la cara es mas vivo y profundo, haciéndose á veces intolerable durante la noche ó despues de la ingestion de una bebida estimulante. La supuracion que suministran las pustulillas puntiagudas de la acnea se transforma á veces en pequeñas costras delgadas que se desprenden con prontitud; las pápulas ulceradas del liquen agrius de la cara se cubren tambien de costritas; pero estas tienen menos grosor, son mas estensas, y se confunden por lo comun con las escamas epidérmicas» (Rayer, obra cit., t. II, p. 60).

»El eritema papuloso ó liquen sifilítico no podria confundirse con el liquen urticado, á no olvidarse de que: 1.º en el eritema las chapas son mucho mas anchas, menos rojas y prominentes, acompañadas de un prurito no tan violento como el del liquen, y no desaparecen, como sucede en este último, para volver á manifestarse muy pronto; y 2.º que en el liquen sifilítico las pápulas presentan un tinte cobrizo; no van acompañadas de inflamacion ni de un prurito continuo; se desarrollan de una manera lenta y persistente, y cuando llegan á presentarse, existe casi siempre al mismo tiempo algun otro síntoma venéreo.

»Segun Rayer, es difícil muchas veces distinguir del eczema el liquen de las partes genitales ó de la márgen del ano, cuando pasa al estado furfuráceo, ó va acompañado de una exudacion sero-sanguinolenta, producida por un esceso de inflamacion y por las uñas del enfermo que no puede resistir el prurito. Sin embargo, se observan casi siempre en la circunferencia de las escamas, de los puntos rojos ó de las escoriaciones del liquen, algunas pápulas intactas.

»Por último, el sarampion, la roseola y la escarlata, tienen signos demasiado marcados, para que las manchas que las caracterizan puedan jamás ofrecer la menor semejanza con las pápulas del liquen.

»Pronóstico.—Aunque poco grave con respecto al peligro á que espone á los enfermos, siempre es el liquen una afeccion poco lisongera á causa de su rebeldia, del prurito que la acompaña, de lo frecuentes que son las recidivas y de su duracion, que como ya hemos dicho, puede ser á veces muy larga. «En general es el liquen mas grave y rebelde á los medios curativos, cuando tiene mucha antigüedad, se halla caracterizado por erupciones sucesivas y se desarrolla en individuos de edad avanzada ó de constitucion deteriorada» (Rayer, loc. cit., t. II, p. 6).

«Apenas he visto, añade este médico (ibid.), dos ó tres casos en que esta inflamacion papulosa haya parecido crítica y saludable: es una enfermedad insoportable que mantiene á los pacientes en una agitacion continua.»

»Causas.—1.º *Predisponentes.—Edad.*—El liquen ataca generalmente á todas las edades; pero algunas de sus especies parecen presentarse con preferencia en ciertas épocas de la vida; asi es que el liquen urticado se observa por lo comun en los jóvenes y en los niños; el strofulus en los niños de pecho, y el agrius en los jóvenes y en los adultos sanguíneos y vigorosos. *Sexo.*—Ningun sexo está exento de esta afeccion, y no parece que las mujeres sean atacadas con mas frecuencia que los hombres, á no ser del liquen urticado. *Temperamento.*—Los individuos de constitucion nerviosa é irritable, y los que tienen una piel blanca y fina, parecen estar mas espuestos que los demas. *Estaciones.*—Aunque el liquen pueda presentarse ó exasperarse en invierno, es sin embargo mucho mas frecuente en primavera y estío, y asi hemos visto que invade con violencia en los trópicos. Muchas veces se desarrolla en la cara por la sola influencia de los rayos ardientes del sol. *Modificadores higiénicos.*—Las vigilias prolongadas, las afecciones morales vivas y penosas, las privaciones, el abuso de las bebidas alcohólicas, y en una palabra, todos los estravios del régimen son causas predisponentes de esta enfermedad. Algunas profesiones influyen tambien al parecer en su sitio de eleccion: en los cocineros y herreros, por ejemplo, que estan siempre espuestos á un fuego ardiente, ataca con mas frecuencia los brazos y antebrazos; mientras que se fija en las manos de los individuos que manejan sustancias pulverulentas. «Asi es que la sarna de los albañiles, de los drogueros, de los zapateros, etc., es por lo comun un liquen» (Gibert, *Traité pratique des maladies speciales de la peau*, página 278; 1829).

»2.º *Causas determinantes.*—Algunos autores aseguran que el liquen puede resultar, especialmente en los niños, de una flegmasia interna, sobre todo de las vias digestivas; pero jamás hemos podido comprobar esta influencia. Constantemente hemos visto producirse el liquen por causas irritantes locales y esternas, como un calor intenso (*cocineros*, *herreros*), el contacto de sustancias pulverulentas (*drogue-*

ros), y la accion de las preparaciones sulfurosas que se emplean en baños, en lociones ó en fricciones, en los individuos de piel fina y delicada: el liquen strofulus depende muchas veces en los niños del roce de los vestidos de lana algo ásperos, de la esposicion del cuerpo á un calor demasiado fuerte, del desaseo, etc.

»TRATAMIENTO.—1.° *Liquen agudo.*—Cualquiera que sea la forma de liquen, cuando se halla en estado agudo, se reduce su tratamiento al uso de bebidas ligeramente aciduladas, un régimen refrigerante, y baños frescos ó frios tomados en agua corriente si lo permite la estacion; porque los baños calientes parecen agravar los síntomas en vez de calmarlos, sobre todo en los casos de liquen urticado.

»Cuando estos medios, que por lo comun suelen bastar, no producen el efecto que se esperaba, conviene administrar la limonada nítrica, muriática, y especialmente la sulfúrica muy acidulada; cuyos ácidos deberán reemplazarse con los pertenecientes al reino vegetal cuando sean muy irritables los órganos digestivos.

»2.° *Liquen crónico.*—En el tratamiento del liquen crónico es preciso agregar á los medios que hemos dicho mas arriba, los ligeros laxantes, los baños alcalinos, y segun algunos autores, los sulfurosos, que Rayer considera como perjudiciales en el liquen agudo, y rara vez útiles en el crónico. Este médico dice, sin embargo, haber obtenido por medio de los baños sulfurosos artificiales, tomados todos los dias y prolongados por muchas horas, la curacion de un considerable número de liquenes hereditarios, rebeldes y sujetos á frecuentes recidivas (Rayer, obra cit., t. II, p. 64). Se ha aconsejado tambien en estos casos las fricciones en las partes enfermas con las pomadas siguientes:

»R. sulfato amarillo de mercurio y láudano, aa. una parte; manteca, ocho partes. R. deutóxido de mercurio, una dracma; alcanfor quince granos; manteca, una onza (Gibert, obra cit., p. 288). Cazenave y Schedel sustituyen al sulfato amarillo y al deutóxido de mercurio, el proto-cloruro y el proto-ioduro del mismo metal. Cuando el liquen es muy antiguo y afecta profundamente los tegumentos, aconseja Rayer (obra cit., p. 63) una pomada compuesta con una onza de manteca, una dracma de azufre, y cuarenta granos de subcarbonato de potasa, usando al mismo tiempo baños frescos emolientes, que mas tarde han de ser ligeramente alcalinos. Tambien emplea en este caso la mezcla siguiente: manteca, una onza; deuto-ioduro de mercurio, diez granos Dice igualmente este autor haber disipado el prurito cauterizando ligeramente la piel con el nitrato de plata ó por medio de lociones acéticas, y considera por último á los baños de vapor como utilísimos en el liquen crónico, especialmente cuando se halla muy seca la piel.

»En el liquen crónico, cuando la constitucion de los enfermos está deteriorada, conviene fortificarla con un régimen y tratamiento convenientes, aun antes á veces de combatir la erupcion. Por último, cuando persiste la enfermedad, cuando es hereditaria y tiene su asiento en la cara, ó bien ocupa una grande estension, y el individuo por lo demas está bien constituido, sin que padezca ninguna alteracion antigua ó reciente de las vísceras, conviene recurrir á las preparaciones arsenicales, como las soluciones de Pearson ó de Fowler: Cazenave y Schedel dan la preferencia á la primera, que consideran mas apropiada al caso que nos ocupa. Sin embargo, estos remedios, que son muy peligrosos, deben usarse con mucha circunspeccion, en un corto número de casos, despues que hayan sido inútiles todos los agentes terapéuticos, y cuando la enfermedad se haga intolerable, reduciendo á un estado de desesperacion á las personas que la padecen. «Conviene, dice Rayer, no empeñarse en curar con prontitud y á toda costa estas enfermedades rebeldes. Cuando se desarrollan antes de la pubertad, pueden desaparecer algunos meses ó años despues espontáneamente, ó bien con el auxilio de remedios menos peligrosos. En los adultos y en los individuos de edad madura, un régimen apropiado á la constitucion, continuado muchos meses, proporciona frecuentemente curaciones, que habian parecido imposibles aun bajo la influencia de los remedios mas enérgicos» (Rayer, obra citada, tomo II, página 65).

»3.° *Liquen agrius.*—Cuando el liquen agrius ataca á un individuo jóven, fuerte y sanguíneo, será siempre útil practicar una ó dos sangrias generales al principio de la afeccion: las sangrias locales podrán ser tambien ventajosas; pero conviene hacerlas alrededor de la erupcion y no en el mismo sitio donde ella reside. Deberán prescribirse las bebidas diluentes, las cataplasmas emolientes, los baños simples, frescos ó templados; cuidando mucho de no usar los sulfurosos ó alcalinos, sino cuando la enfermedad haya llegado al período de declinacion, porque antes de esta época serian perjudiciales. Los ácidos minerales á la dosis de uno ó dos escrúpulos en dos cuartillos de agua azucarada serán muy útiles prescritos interiormente, sobre todo cuando haya escoriaciones, pues disminuyen la secrecion húmeda que se verifica en su superficie y calman el prurito. Por último, se han obtenido tambien muy buenos resultados de los purgantes salinos repetidos muchas veces, de los calomelanos asociados al ruibarbo ó á la jalapa, y del aceite de ricino en cortas dosis. Rayer opina que los ácidos minerales deben preferirse á los purgantes. Las fricciones aconsejadas mas arriba, podrian igualmente emplearse en el liquen agrius crónico: «en algunos casos hasta convienen otras mas enérgicas, como por ejemplo, las practicadas con deuto-ioduro de mercurio mezclado con manteca en la proporcion de

15 á 20 granos por cada onza» (Cazenave y Schedel, obra cit., p. 307).

»4.º *Liquen strofulus*.—En esta variedad de liquen, que es una de las mas importantes, á causa de la edad de los sugetos á quienes ataca, conviene ante todo calmar la irritacion de la piel por medio del agua fresca, salada ó ligeramente acidulada con el vinagre, ó aun simplemente con saliva: cuando hay calor y fiebre, debe reducirse el alimento del niño únicamente á la leche de su madre o de la nodriza, y aun reemplazar en parte esta última con agua azucarada, haciéndole tomar todos los dias baños templados con agua sola, ó bien dispuestos con salvado ó malvavisco. Los baños frescos convendrian ciertamente mas que los templados para combatir la erupcion; pero como no dejan de tener inconvenientes en los niños, es mas prudente abstenerse de su uso. Rayer proscribe en este caso los purgantes, que considera como perjudiciales á causa de los vómitos y diarreas rebeldes que producen algunas veces, y no es tampoco partidario de los eméticos, ni de los tónicos, recomendados por Willan.

»Naturaleza, asiento y clasificacion en los cuadros nosológicos.—El liquen es una inflamacion que tiene su asiento en las partes mas superficiales de la piel, aunque sin embargo puede algunas veces invadir el dermis, como ya hemos visto.

»El liquen se encuentra en el primer órden de Willan (pápulas), en el quinto (pápulas) de Cazenave y Schedel, y constituye en la obra de Alibert el segundo género (prurigo) del noveno grupo (dermatosis escabiosas).

»Historia y bibliografia.—Hipócrates y Celso hablaron del liquen con el nombre de *pústulas secas*; pero Willan y Bateman han sido los primeros que han descrito bien esta enfermedad, habiendo añadido muy poco á lo dicho por ellos los autores contemporáneos. El liquen no ha sido objeto de monografias ni de memorias especiales, y es preciso estudiarlo en los tratados de Alibert, Willan, Rayer, Cazenave y Schedel. El que se manifiesta en los trópicos ha sido descrito particularmente por Cleghorn (*On the diseasses of Minorca*) y por Johnson (*On the influence of tropical climates on europeans constitutions*; London, 1821).» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. V, p. 562-569.

ARTICULO II.

Del prurigo.

»Sinonimia.—*Pruritus*, Plinio: *exormia prurigo*, Good; *prurigo*, Willan, Bateman, Alibert, Biett, Rayer, Cazenave y Schedel y Gibert; *morbus papulosus*, *scabies papulosa*, *scabies sicca*, de diferentes autores.

»Definicion y division.—El prurigo es una dermatosis no contagiosa, caracterizada por la presencia en la cara dorsal de los miembros ó en el tronco, de pápulas bastante anchas, sin cambio de color en la piel, acompañadas siempre de un prurito mas o menos violento y muchas veces insoportable, encima de las cuales hay ordinariamente una costrita negruzca, producida por la coagulacion de una gotita de sangre.

»Willan y Bateman admiten tres variedades de prurigo: 1.º *prurigo mitis*; 2.º *prurigo formicans*; 3.º *prurigo senilis* (Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, p. 41; Paris 1820): la mayor parte de los dermatólogos han adoptado esta division (Biett, Rayer, Cazenave y Schedel, Gibert).

»Alibert describe cuatro especies: 1.º *prurigo lichenoides ó furfuráceo*; 2.º *prurigo formicante*; 3.º *prurigo pedicular*; 4.º *prurigo latente* (*Monographie des dermatoses*, pag. 699, en 4.º; Paris, 1832).

»Estas divisiones no se fundan en caractéres diferenciales importantes: el prurigo mitis y el formicante no son mas que dos grados de una misma enfermedad; el prurigo furfuráceo es solo un modo de terminar el mal con esfoliacion del epidermis; el prurigo senil y el pedicular indican una complicacion, y el latente no es un prurigo, puesto que Alibert declara que consiste en una comezon viva, sin el menor indicio de pápulas; de modo que se reduce evidentemente á una simple hiperestesia de la piel.

»El sitio de la enfermedad ha dado tambien lugar á establecer algunas variedades (*prurigo podicis*, *pudendi muliebris*, *scroti*, *præputii*), que tendremos en consideracion al describir los síntomas del prurigo.

»Síntomas.—Se manifiestan en los hombros y en el cuello pápulas mas anchas y estensas que las del liquen, aisladas, discretas, poco prominentes, complanadas, del mismo color de la piel, y cuya presencia, aunque se aprecia á simple vista, se conoce mas bien por la ligera prominencia que forman en la superficie del cuerpo.

»Al principio y durante toda la enfermedad, cuando esta no escede de tres ó cuatro septenarios, solo producen un prurito incómodo, pero poco violento (prurigo mitis).

»Cuando la enfermedad es muy intensa y dura algun tiempo, invaden las pápulas los miembros, ocupando principalmente el lado hácia donde se verifica la estension; cubren el pecho, el vientre, y á veces, aunque raras, se presentan en la cara; son muy anchas, prominentes, duras, y pueden adquirir el volumen de un guisante (Cazenave, *Dict. de méd.*, tomo XXVI, p. 218). El prurito es intolerable; se exaspera particularmente con el calor de la cama, y muchas veces da á la enfermedad un carácter verdaderamente grave (*prurigo formicans*, *prurigo ferox*). Los enfermos, ocupados sin cesar en rascarse, rompen con las uñas el vértice de las pápulas, de las cuales sale enton-

ces una gotita de sangre que se coagula y forma una costra negra. Asi es que muchas veces está sembrada toda la superficie de la piel de manchas negruzcas, que de lejos parecen petequias. «Este caracter dicen con razon Cazenave y Schedel, es accidental pero patognomonico.»

»El prurito, que, por decirlo asi, constituye por sí solo toda la enfermedad, es á veces violentísimo, principalmente en los viejos (*prurigo senil*), en las mujeres y en los niños (*prurigo infantil*). Es ordinariamente muy intenso cuando la enfermedad está en el escroto (*prurigo podicis*), la planta del pie (*prurigo plantar*); pero nunca llega á tan alto grado como en el prurigo general. Los enfermos se ven entonces privados del sueño y en una agitacion febril que solo cesa al amanecer; paréceles que recorren su cuerpo millares de hormigas (*prurigo formicans*), ó que les pinchan con infinidad de agujas.

«La comezon, dice Alibert (loc. cit., p. 704), varia de intension segun las circunstancias en que se encuentra el enfermo: es mas viva cuando hace frio ó mucho calor, por la tarde, por la noche y despues del trabajo. Algunas veces con solo tocar ligeramente las pápulas se despierta su sensibilidad, y el simple roce de los vestidos puede provocar el prurito.»

»Este es unas veces intermitente y otras continuo; en ocasiones le sienten menos los enfermos cuando tienen muy ocupado el ánimo; pero siempre es mas intenso por la noche, y con frecuencia obliga á los enfermos á levantarse de la cama para frotarse ligeramente ó hacerse lociones frias, acídulas, ó tomar un baño.

»El prurito se exaspera cada vez mas, dice Cazenave (*Ann. des maladies de la peau*, t. II, pág. 34; 1844), y no les bastan á los enfermos las uñas para rascarse; ningun cuerpo les parece bastante duro al efecto, y ha habido algunos que han empleado en vano cuchillos y almohazas para estinguir el insoportable picor que les atormentaba. Parece exagerado el cuadro que acabo de trazar y sin embargo es positivo: el suplicio de los enfermos puede llegar hasta el punto de sugerirles la idea del suicidio: he visto algunos de estos casos, y no conozco espresiones que puedan representar la verdad de las escenas de que he sido testigo.» Habiendo sido llamado Wilkinson á ver á uno que padecia el prurigo formicans, le encontró desnudo, sentado en la cama y desgarrándose la piel con un peine.

»El prurigo de las partes genitales, y aun el del ano, sostienen muchas veces el vicio de la masturbacion.

»Cuando la enfermedad es antigua, está la piel mas ó menos profundamente alterada; es dura, gruesa, se inflama y cubre de vesículas, pústulas y furúnculos; algunas veces se forman abscesos subcutáneos y se infartan los gánglios del cuello, de las ingles y de la axila. Otras, especialmente en los viejos debilitados y sucios, viene el prurigo acompañado de un sinnúmero de piojos, circunstancia que no tiene el valor que le han dado algunos autores. Willan, dice Cazenave (loc. cit., p. 34), habia admitido un prurigo pedicular, caracterizado por la presencia de piojos, y acompañado de mucho picor; pero esta enfermedad no puede considerarse como una variedad de las formas papulosas, porque la erupcion es secundaria, accidental, ordinariamente poco marcada, y aun á veces no existe.»

»Es en efecto evidente que en los casos de que se trata, se desarrollan los piojos antes que las demas alteraciones de la piel, y solo consecutivamente y en razon de la presencia de los insectos, se presenta, no una erupcion francamente papulosa, sino pápulas mezcladas con vesículas y pústulas. El prurigo pedicular de Willan y de Alibert no es mas que una *ftriasis* (v. esta enfermedad).

»Curso, duracion, terminaciones.—El prurigo es á veces una enfermedad, digámoslo asi, *aguda*; y entonces no pasa su duracion de dos, tres ó cuatro septenarios, desapareciendo las pápulas por una especie de resolucion ó bien por una ligera descamacion epidérmica (*prurigo furfurans*). Emery ha visto muchas veces resolverse las pápulas mas voluminosas, apareciendo al propio tiempo equimosis semejantes á los que suelen presentarse en el eritema nudoso y en la urticaria. La forma aguda es la que se ve con mas frecuencia en los adultos, y particularmente en los niños (*prurigo infantil*, v. Billard, *Traité des maladies des enfants*, p. 161; París, 1833). En los viejos el prurigo es ordinariamente crónico y tiene mas duracion; se resiste á menudo durante muchos años á todos los esfuerzos de la terapéutica, y á veces se prolonga por toda la vida con remisiones mas ó menos marcadas.

»Cazenave asegura haber visto enfermos, que se pusieron flacos y marasmódicos á consecuencia del prurigo, muriendo algunos sin otra complicacion. Estos hechos son escepcionales; pues el prurigo no compromete por sí mismo la vida de los enfermos.

»Diagnóstico, pronóstico.—El prurigo no puede confundirse con el liquen ni con la sarna: ya hemos indicado los caractéres diferenciales que pondrán al práctico á cubierto de esta clase de errores. (v. *Liquen* y *Sarna*).

»El pronóstico no es ordinariamente grave sino en el prurigo senil. Toda su gravedad emana de la existencia de un prurito muy penoso y de la probabilidad de una duracion muy larga.

»Causas.—El prurigo se manifiesta con preferencia en los niños y en los viejos; es mas frecuente en los hombres que en las mujeres, y en los sugetos pobres, sucios, debilitados por la miseria, que en los que pertenecen á las clases acomodadas de la sociedad. Rayer cree que el

prurigo formicante se manifiesta en todas las estaciones, y que el prurigo mitis sobreviene generalmente en la primavera ó al principio del verano (*Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. II, p. 91; Paris, 1835).

»Han indicado los autores, ya como causas predisponentes, ya como determinantes, el habitar en sitios bajos y húmedos, los malos alimentos, las comidas saladas, los pescados de mar, los mariscos, el abuso de las especias y de los licores alcohólicos, las fatigas escesivas, las emociones morales vivas, las pesadumbres, las afecciones gastro-intestinales, los desarreglos de la menstruacion, etc.; pero es muy problemática la influencia de estos diversos modificadores.

»Tratamiento.—Cuando se desarrolla el prurigo en un sugeto jóven y pletórico, y ofrece la forma aguda, se consigue una mejoría notable con una ó mas emisiones sanguíneas. No menos útiles son las aplicaciones de sanguijuelas en ciertos prurigos parciales (*prurigo podicis, scroti, pudendi, etc.*); pero fuera de los casos que acabamos de indicar, las sanguijuelas son comunmente ineficaces, y en los viejos mas perjudiciales que útiles.

»El prurigo mitis, á menos que no sea ya antiguo, ó que haya tenido muchas recidivas, no reclama medios muy activos: las bebidas diluentes (suero, caldo de ternera, cocimiento de cebada, de grama, etc.); las alcalinas (agua de Vichy, la disolucion del sub-carbonato de sosa á la dosis de media á una dracma en dos cuartillos de agua); las acídulas, y principalmente los baños frios, componen todo el tratamiento, y bastan casi siempre para conseguir una curacion bastante rápida.

»El prurigo crónico, el formicante y el senil reclaman una medicacion mas enérgica. Se han aconsejado las bebidas amargas (infusiones de lúpulo, de achicorias, jarabe de genciana y de fumaria), los purgantes (agua de Sedlitz, calomelanos), los baños medicamentosos, y especialmente los alcalinos (cuatro ó seis onzas de sub-carbonato de potasa en cada baño). Los baños sulfurosos, los de mar, los de vapor y las fumigaciones sulfurosas, son útiles cuando la enfermedad es antigua y se ha engrosado la piel; pero es necesario vigilar mucho la accion de estos baños, que son con frecuencia muy estimulantes.

»Las lociones alcalinas (sub-carbonato de potasa dos á tres dracmas, agua destilada dos onzas) ó sulfurosas (sulfuro de potasa una dracma, agua destilada diez onzas), las practicadas con agua de jabon, con cocimiento de beleño, de estramonio, de cabezas de adormideras, con agua de brea y con oxicrato, calman por lo comun el prurito. Cazenave ha usado con buen éxito en un caso de prurigo intenso la disolucion siguiente: agua de lechuga 500 partes, agua alcanforada 30 id. El doctor Barosch ha curado un prurigo antiguo y rebelde con lociones iodaradas compuestas del siguiente modo: R. iodo 15 granos; ioduro de potasio 8 granos; agua destilada 5 onzas: disuélvase y añadase alcohol rectificado 1 onza (*Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 220). «Las aplicaciones tópicas liquidas, dice Cazenave, que en general producen un alivio mas pronto y notable son las lociones mercuriales.» Cazenave recomienda la disolucion siguiente: R. bicloruro de mercurio 4 granos; agua destilada 6 onzas; alcoholado de menta media onza. Emery usa hace algun tiempo con un éxito constante, contra los prurigos mas intensos y antiguos, una disolucion compuesta de este modo: R. bicloruro de mercurio 12 granos; agua destilada 3 libras; alcohol 6 onzas, alcanfor 40 granos (*An. des maladies de la peau*, t. II, p. 194—195; 1845).

»Las pomadas sulfurosas no merecen los elogios que algunos autores han hecho de ellas. Lo mismo decimos de la pomada de borato de sosa (R. sub-borato de sosa 3 ó 4 escrúpulos; de manteca una onza). La de brea (R brea 1 onza; manteca 4 onzas; láudano de Rousseau 1 dracma) la ha alabado Girou de Buzareignes (*Considerations sur les maladies cutanées et sur une nouvelle manière d'employer le goudron dans le traitement du prurigo;* tésis de Paris, núm. 130; 1832), y Cazenave ha comprobado sus buenos efectos.

»No hablaremos de las curaciones obtenidas con el vino de cólchico (*Arch. gén. de médecine*, t. XVI, p. 290; 1828), con el ácido prúsico (*Revue médicale*, t. II, p. 454), etc.

»En los viejos debilitados se obtiene algunas veces la curacion del prurigo por medio de los tónicos (quina y hierro) y de un alimento reparador. Prescríbense tambien con ventaja los opiados, para calmar el prurito y para procurar descanso y sueño á los enfermos.

»Naturaleza y asiento. — El prurigo reside manifiestamente en el aparato papilar de la piel; es una hiperestesia cutánea, acompañada de un abultamiento de las papilas sin síntomas manifiestos de hiperemia. «El elemento nervioso y la porcion epidérmica de las papilas, dice Cazenave, son las únicas partes que estan interesadas en el prurigo.»

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Alibert ha reunido el prurigo á la sarna en su grupo *de las dermatosis scabiosas* (grupo 9.°), cuyo principal caracter consiste en la existencia de un prurito mas ó menos intenso; Willan y Biett colocan el prurigo en el orden de las pápulas (orden 1.° de Willan, 5.° de Biett).

»Historia y bibliografia.—Hipócrates incluye entre las enfermedades de los viejos el prurito de todo el cuerpo (*Aph.*, sect. III, aph. 31), siendo muy probable que se refiera al prurigo senil. Pablo de Egina, Galeno, Avicena y Mercurial han distinguido la sarna del prurigo; pero su descripcion se aplica lo mismo al prurigo que al liquen.

»Willan es el primero que ha descrito con esactitud los verdaderos caractéres del prurigo, formando un cuadro, al que apenas han te-

nido que añadir cosa alguna sus sucesores.

»Hay muy pocas monografías ó memorias acerca del prurigo; citaremos no obstante la de Sommer (*de Affectibus pruriginosis senum*, Altdorf; 1727), Loescher (*De pruritu senili;* Wittemberg, 1728); Chamberet (*Dissertation sur le prurigo*; tésis de París, 1808) y Mouronval (*Recherches et observations sur le prurigo*, Paris, 1823). Pero debemos advertir al lector que estos observadores han confundido tambien el prurigo con el liquen.

»Merecen mencion especial dos artículos publicados, uno por Alibert (*Quelques considerations sur le prurigo formicans*, en *Nouvelle bibliotheque médicale*; núm. de mayo, 1825) y otro de Cazenave (*Des lesions de sensibilité de la peau, siégeant dans le corps papillaire*, en *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 34; París, 1844)» (Monneret y fleury, *Compendium*, etc., t. VII, p. 199—202).

GÉNERO QUINTO.

ESCAMAS.

CAPITULO PRIMERO.

De la psoriasis.

»Sinonimia.—ψωρίασις de Dioscorides y Galeno; *scabies*, de Celso; *impetigo*, Celso, Senerto y Plenck; *psoriasis*, Willan, Bateman, Swediaur, Vogel, Biett, Rayer, Cazenave y Schedel; *scabies sicca*, Etmuller, Hoffmann, Plater; *lepidosis psoriasis*, Good y Young; *herpes furfuraccus circinnatus*, *herpes squamosus lichenoïdes*, de Alibert; *lepra*, Willan, Bateman, Biett, Rayer, Cazenave y Schedel, y Gibert.

»Definicion.—La psoriasis es una afeccion cutánea no contagiosa, apirética, crónica, caracterizada por el desarrollo en diferentes partes del cuerpo, de un número mayor ó menor de chapas escamosas, de forma y dimensiones variables, mas ó menos elevadas del nivel de la piel, y formadas por escamas delgadas, de color blanco, tornasolado ó pardusco, y sobrepuestas unas á otras.

»Division.—Reina mucha confusion entre los dermatólogos relativamente á la psoriasis. Willan y Bateman describen como dos enfermedades escamosas distintas la *lepra* y la *psoriasis;* la primera, caracterizada por *chapas escamosas circulares*, comprende tres variedades: 1.ª *lepra vulgaris*; 2.ª *lepra alphoïdes*; 3.ª *lepra nigricans:* la segunda se caracteriza por chapas escamosas irregulares, y segun la forma de estas se divide en cuatro variedades, á saber: 1.ª *psoriasis guttata*; 2.ª *psoriasis diffusa*; 3.ª *psoriasis girata*; 4.ª *psoriasis inveterata* (Bateman, *Abregé prat., des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, pág. 54 y siguientes; París, 1820).

»Biett, Cazenave y Schedel, creen que la *lepra alphoïdes* solo se diferencia de la lepra vulgar en su estension, que es un poco menor, y en el color algo mas blanco de sus chapas, y que la *lepra nigricans* es una enfermedad poco conocida aun, y tal vez una sifilides (Cazenave y Schedel, *Abregé prat. des maladies de la peau*, p. 319; París, 1838). Sin embargo, conservan la distincion establecida por Willan entre la lepra y la psoriasis.

»¿Cuáles son los fundamentos de esta division, y en qué caractéres diferenciales importantes se han apoyado los autores para formar dos géneros?

»Willan dice que hay entre la psoriasis y la lepra vulgar ligeras diferencias en la forma, en la situacion de las manchas y grueso de la secrecion epidérmica, y que en la psoriasis las chapas escamosas no estan rodeadas de un círculo inflamatorio, y la enfermedad se reproduce periódicamente al aproximarse ciertas estaciones.

»Obsérvese que Willan no dice que haya depresion en el centro de la chapa escamosa, á no ser en la *lepra alphos*, y que en ninguna parte añade que este centro se halle *sano*. Ademas admite Willan, siguiendo á Sinclair, que cuando para el tratamiento de la lepra vulgar se usa el cocimiento del *daphne mezereum* se curan las manchas del centro á la circunferencia, mientras que la descamacion sigue una marcha opuesta cuando se prescriben los calomelanos.

»Willan reconoce tambien que las chapas de la lepra vulgar pueden reunirse de manera que cubran todo el cuerpo.

»Cazenave y Schedel insisten mucho en la necesidad de distinguir la lepra vulgar de la psoriasis, y dan por caractéres esenciales de la primera el presentar manchas regularmente circulares, de un diámetro siempre bastante considerable, y con un *centro sano y deprimido*. Confiesan sin embargo que es á menudo muy difícil distinguir la *lepra vulgaris* de la *psoriasis guttata*, y que en ciertas circunstancias la *primera se convierte al parecer en psoriasis.*

»Nótese que el caracter sacado de la presencia de un centro sano y deprimido pertenece esclusivamente á Cazenave y Schedel, y de ningun modo á Willan.

»Rayer (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. II, p. 107 y siguientes; París, 1835) cree deber describir con separacion *estas dos enfermedades*, *ó si se quiere estas dos variedades*; y designa á la *lepra vulgar* chapas *con el centro deprimido*, *pero no sano*, y á la psoriasis escamas menos regulares, bordes menos inflamados, menos elevados, y que tienen siempre un centro elevado. Algunas páginas despues reconoce Rayer que la psoriasis guttata es una forma intermedia entre la lepra y la psoriasis, las cuales añade deben considerarse *como grados* de una misma enfermedad.

»Alibert ha reunido la lepra (herpes furfuráceo circinado) y la psoriasis (herpes escamoso liquenoides) en un mismo género, y refiere

la psoriasis gyrata al herpes circinado (L. Fleury, *Mémoires et observations sur les affections cutanées décrites par Willan sous les noms de psoriasis et de lepra vulgaris*, en *Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 412—414; 1836).

»Es visto pues que los dermatólogos no estan de ningun modo acordes acerca de los caractéres distintivos propios de la lepra y de la psoriasis, y que solo indican ligeras diferencias de forma, reconociendo todos que ambas enfermedades se confunden por sus causas, curso, duracion, terminaciones, tratamiento, etc. Pero vamos á demostrar en seguida, que estas mismas diferencias de forma no son constantes ni primitivas, sino variables y puramente accidentales.

»Plumbe, Duffin, Schoenlein, Gibert, Martins y Emery creen que la lepra no es mas que una variedad de forma de la psoriasis.

«Las palabras psoriasis y lepra, dice Gibert (*Traité pratique des maladies spéciales de la peau*, p. 312: París, 1839), deben aplicarse á afecciones cutáneas de igual naturaleza, y que solo se diferencian entre sí por la forma; de manera que pueden muy bien considerarse como dos variedades de una misma enfermedad.»

«Estos nombres, dice Emery (*du Psoriasis*, en *Bulletin général de thérapeutique*, t. XI, p. 209; 1836), se aplican á dos matices de una misma enfermedad.»

»Martins se espresa en estos términos: «Al principio se presenta siempre la psoriasis bajo la forma de psoriasis guttata; estendiéndose las gotas toman el nombre de *psoriasis diffusa*, y entonces puede suceder una de dos cosas: ó bien se estienden, se reunen y crecen las chapas, se hace mas abundante la secrecion epidérmica, y resulta la *psoriasis inveterata;* ó bien se curan las chapas por el centro y forman círculos que se ensanchan y llegan á unirse, resultando entonces la *psoriasis circinnata (lepra vulgaris* de Willan). El género lepra, que Willan habia establecido para designar este estado, no puede conservarse, porque la *lepra vulgaris* es solo *una terminacion de la psoriasis guttata» (Les principes du méthode naturelle appliqués á la classification des maladies de la peau*, tésis de París, núm. 216, p. 36; 1834).

»En efecto, algunas veces se verifica lo que acabamos de decir; pero no siempre. Por otra parte Martins no contesta mas que á Willan, y nada dice acerca del valor de los caractéres distintivos señalados á la lepra por Cazenave y Schedel, Rayer, etc.

»Fácil nos será demostrar que la lepra, cualquiera que sea la descripcion que se le aplique, no es mas que una variedad de forma de la psoriasis; variedad accidental, que no merece mas atencion que la psoriasis guttata, gyrata, etc., con las cuales se encuentra á menudo reunida en un mismo enfermo. Los hechos en que se funda esta opinion son evidentes, decisivos, fáciles de comprobar, y hubieramos ahorrado al lector esta discusion demasiado larga, si algunos dermatólogos no continuasen poniendo entre la lepra y la psoriasis toda la distancia que separa en nosografía dos géneros distintos.

»Alteraciones anatómicas.—Parece evidente que la psoriasis es debida á una lesion del aparato *blenogeno*, es decir, del aparato encargado de la secrecion del epidermis (Cazenave, *Quelques considerations sur le siège anatomique des maladies de la peau*, en *Annales des maladies de la peau*, t. I, p. 36; 1834); pero ¿cuál es la naturaleza de esta lesion? ¿cuáles sus caractéres anatómicos? Se ignora todavia. Plumbe cree que los vasos secretorios estan atacados de una irritacion crónica, que produce el efecto de hacer mas abundante la produccion epidérmica. Rayer dice haber comprobado que las papilas estan mas desarrolladas en las chapas leprosas que en la piel sana.

»Síntomas.—La psoriasis empieza por elevaciones pequeñas, rojas, como papulosas, sólidas, del volumen de una cabeza de alfiler, cuyo vértice se cubre muy pronto de una escamita delgada, resquebrajada y reluciente, de color blanco plateado, circular, mas ó menos adherida y algunas veces rota en su centro (Martins, loc. cit, p. 35). Este punto escamoso se estiende cada vez mas, conservando una forma casi circular, y adquiere sucesivamente las dimensiones de una gota de agua (*psoriasis guttata*), de un guisante, de una moneda de dos reales, y por último la de medio duro.

»Cuando la chapa ha llegado á cierto grado de desarrollo, las escamas epidérmicas que la forman pueden presentar muchas disposiciones diferentes, que se manifiestan á menudo todas á un tiempo en un mismo sugeto, que no se sujetan á ninguna regla, ni por lo mismo tienen importancia alguna. Ora continúa verificándose la secrecion morbosa del epidermis en el sitio primitivo, es decir, en el centro de la chapa, y entonces este se cubre de una escama gruesa, que sobresale y produce en este punto una elevacion mas considerable que la de los bordes (*psoriasis guttata* de Rayer); ora, á medida que se estiende la chapa, disminuye la secrecion morbosa, y termina en el punto donde habia empezado, mientras que es mas activa en los sitios últimamente invadidos: los bordes de la chapa escamosa estan entonces mas elevados que el centro, el cual forma una especie de depresion (*lepra vulgaris* de Rayer, *lepra alphos* de Willan). Algunas veces, aunque pocas, se caen las escamas centrales, y recobra la piel su estado sano en el centro de la chapa, la cual representa entonces una especie de corona (*lepra vulgar* de Cazenave). Esta última disposicion de la chapa escamosa se verifica con mas frecuencia por otro mecanismo: se desarrollan puntos escamosos en mas ó menos número (*psoriasis guttata*), unos al lado de otros; al principio estan perfectamente aislados; pero á medida que se estienden llegan á ponerse en contacto; al cabo se reunen, y circunscriben entonces una porcion de piel

sana, formando una chapa ó lámina circular ú ovalada, mas ó menos regular. De este modo es como se desarrollan por lo comun las chapas circulares primitivas, que segun Biett, Cazenave y Schedel, etc., caracterizan la lepra vulgar (L. Fleury, mem. cit., p. 416).

»En resumen, cuando las chapas escamosas estan aisladas, son muy pequeñas y bastante esactamente circulares, la enfermedad toma el nombre de *psoriasis guttata;* cuando han adquirido las dimensiones de una peseta ó medio duro, cuando tienen una forma circular ú oval bastante regular, por mas que esté su centro deprimido ó elevado, sano ó con escamas, algunos autores dan á la enfermedad el nombre de *lepra vulgar;* pero en realidad debiera llamarse *psoriasis circinnata* (Martins), ó si se quiere *psoriasis leprades* (Schoenlein).

»Muchas veces desde el principio de la enfermedad se manifiestan en una superficie mas ó menos estensa puntos escamosos, aglomerados, muy próximos entre sí y muy numerosos; los cuales se reunen y confunden rápidamente, y forman capas escamosas, anchas, irregulares y de configuracion variable (*psoriasis diffusa*). Otras veces estas superficies escamosas estensas resultan de la aproximacion de chapas, que habian conservado algun tiempo la forma guttata ó circinnata.

»En algunas ocasiones, aunque en verdad muy raras, las superficies escamosas son prolongadas, vermiformes ó en espiral (*psoriasis gyrata*); Cazenave ha visto un enfermo que tenia en el pecho un ocho escamoso perfectamente regular, y en la espalda una chapa que parecia con bastante esactitud una serpiente con la cola enroscada.

»Entre estas formas, que no dejan de ser bastante arbitrarias, hay una porcion de matices ó intermedios; de modo que es imposible describir todas las condiciones de forma y estension que presentan las chapas escamosas de la psoriasis. Por lo comun se encuentran reunidas varias formas en un mismo individuo: de 38 enfermos atacados de psoriasis, 7 presentaban solo la forma guttata; 9 tenian á un tiempo la forma guttata y la circinnata; 8 las formas guttata y diffusa; 13 las formas guttata, circinnata y diffusa: la forma circinnata se ha presentado aislada una sola vez. Síguese de aqui que la psoriasis guttata se ha visto sola ó combinada con otras formas 37 veces, la psoriasis circinnata 23 veces, y la psoriasis diffusa 21 vez (L. Fleury, mem. cit., p. 419).

»Ora las escamas son uniformemente delgadas; ora presentan en ciertos puntos un grueso considerable: lo mas comun es que tengan un color blanco mate; algunas veces presentan un reflejo como anacarado y un blanco brillante (*lepra alphos* de Willan); otras por el contrario son parduzcas (*lepra nigricans* del mismo autor).

»Cuando las escamas son muy gruesas, se hienden á veces, y presentan grietas y fisuras mas ó menos profundas. Ora se verifica casi contínuamente en la superficie de las escamas una esfoliacion de las capas epidérmicas mas superficiales; ora no se efectúa esta esfoliacion y se cae espontáneamente la escama de una vez, cuando ha adquirido ya cierto grueso. En ocasiones basta hacer una ligera traccion para desprenderla; pero por lo comun estan muy adheridas las escamas.

»Ordinariamente en los límites de la chapa escamosa está la piel perfectamente sana; pero algunas veces se hallan las escamas rodeadas por un círculo eritematoso, rojo, ligeramente prominente, que tiene una ó dos líneas de ancho. Esta aureola inflamatoria no es propia esclusivamente, segun aseguran Willan y Rayer, de la psoriasis circinnata (lepra vulgar); uno de nosotros la ha visto rodear las chapas de la psoriasis guttata, igualmente que las superficies estensas de la psoriasis diffusa, y ha comprobado que su existencia nada tiene de regular. Por otra parte el círculo inflamatorio desaparece al cabo de algunos dias con el uso de tópicos emolientes (L. Fleury, mem. cit., p. 419).

»Cuando se ha caido espontáneamente una chapa escamosa reciente, ó cuando se la separa, la superficie cutánea que estaba cubierta por ella aparece algo roja, pero seca. Mas si la escama es antigua, la piel presenta por lo comun unas especies de surcos, como si estuvieran exageradas sus arrugas naturales, y estas cavidades corresponden á pequeñas prominencias situadas en la cara profunda de las escamas (Rayer, loc. cit., p. 112). Algunas veces cubren las escamas unas granulaciones muy próximas entre sí, ó pápulas prominentes análogas á las del liquen (Emery, loc. cit., p. 210).

»La psoriasis viene acompañada muchas veces de un prurito mas ó menos intenso: de 40 casos, en 20 ha existido este síntoma en grados diferentes, sin que guardara al parecer ninguna relacion con la forma, la estension ni la antigüedad del mal (L. Fleury, loc. cit., p. 420).

»La psoriasis no determina ninguna alteracion general; es una afeccion esencialmente crónica y apirética. Sin embargo, Emery y Cazenave han observado algunas escepciones de esta regla, y uno de nosotros tambien las ha visto. Entonces, ó bien desde el principio, ó por efecto de un tratamiento esterno demasiado irritante, adquiere la enfermedad un caracter agudo; las escamas se ponen blandas y húmedas; se desprenden con facilidad, y dejan descubierta una superficie muy encarnada, caliente y dolorida, que destila una materia sero-purulenta, la cual no tarda en concretarse y en formar nuevas costras escamosas.

»Cuando la psoriasis es ya antigua, cuando la exaspera de contínuo una causa constante, cuando ataca á sugetos viejos ó debilitados, presenta una fisonomia diferente de la que acabamos de describir.

»Las escamas son mas abundantes, mas secas, menos gruesas y mas pequeñas; se verifi-

fica en las superficies enfermas una esfoliacion farinácea muy abundante, que se reproduce con una rapidez estraordinaria y análoga á la de la pitiriasis de la cabeza: se resquebraja la piel, se engruesa, y por todas partes se cubre de grietas y fisuras. «Pudiera decirse, añade Cazenave, que toda ella se ha convertido en una masa escamosa; parece una cubierta, una especie de estuche arrugado, grueso, con elevaciones desiguales, y profundamente surcado, que encierra algunas veces todo un miembro.»

»Las uñas presentan una alteracion muy marcada, no solo cuando las manos y los dedos estan cubiertos de chapas escamosas, sino tambien cuando está la erupcion en sitios muy distantes. «Las uñas pierden su trasparencia; se hacen quebradizas, y adquieren un color amarillo sucio cada vez mas pronunciado; sus estremidades se encorvan y se rompen; su superficie se cubre de prominencias irregulares, y algunas veces se convierten completamente en una masa de materia escamosa parduzca y muy informe» (Cazenave, *Annal. des malad. de la peau*, t. I, p. 131). Este grado tan intenso de la enfermedad es el que los autores han descrito con el nombre de *psoriasis inveterata*.

»Algunas consideraciones particulares pueden hacerse respecto de los diferentes puntos que suele ocupar la enfermedad, y vamos á ocuparnos de ellas rápidamente.

»*Psoriasis de la piel del cráneo*.—Es mas frecuente que lo que Rayer cree (loc. cit., p. 137). De cuarenta casos de psoriasis se ha visto esta variedad diez y siete veces; afecta casi constantemente la forma guttata, y da lugar á una esfoliacion farinácea bastante abundante; en ocasiones se la ha confundido con la pitiriasis ó con el eczema crónico. Rayer la ha visto ocupar toda la superficie del cráneo y adelantarse hasta la frente, terminando en una línea paralela á la de implantacion del pelo, y formando una venda de una pulgada de ancho, prominente, cubierta de escamas anchas de color blanco mate, y cuyo borde inferior rojizo se destacaba mucho de la piel. La psoriasis del cráneo ocasiona algunas veces la caida de los cabellos; pero como no se destruyen los bulbos, no tardan en salir de nuevo.

»*Psoriasis de la cara*.—De cuarenta casos se han observado diez en este sitio; las chapas son pequeñas y las escamas muy delgadas; ocupa principalmente la frente y las megillas (L. Fleury, mem. cit.).

»*Psoriasis oftálmica*.—Ocupa los párpados y los ángulos oculares; los párpados estan hinchados, tirantes, rígidos, y se mueven con trabajo; obsérvase á veces la caida de las pestañas y de las cejas, y á consecuencia de la rigidez de los párpados y del prurito, se desarrolla en algunos casos una conjuntivitis ocular y palpebral. La psoriasis oftálmica, unida por lo comun á la de la cara, se manifiesta á veces aislada en los niños.

»*Psoriasis labial*. —Constantemente existe sola; se presenta bajo la forma de un círculo que suele rodear la boca en la estension de media pulgada en todos sentidos. Este círculo está surcado por una multitud de líneas, que salen todas de la circunferencia y van á parar al borde de los labios, frunciendo las partes y dando á la fisonomía un aspecto desagradable. El epitelium está engrosado, y las escamas son mas anchas que en las demas variedades (Cazenave y Schedel, ob. cit.).

»*Psoriasis de los miembros*. — Es la que se presenta con mas frecuencia, pues se ha observado en 39 casos de 40; afecta ordinariamente la forma guttata ó circinnata en las superficies que corresponden á la flexion; al paso que en los sitios correspondientes á la estension, y principalmente en los codos y las rodillas, cubre superficies anchas é irregulares. La psoriasis diffusa ocupa especialmente los miembros, y no es raro, segun Cazenave y Schedel, que cubra con una sola chapa contínua toda la parte anterior de la pierna ó la cara posterior del antebrazo: los codos y las rodillas son las partes que mas constantemente ataca.

»*Psoriasis de las manos*.—Puede la enfermedad limitarse á las manos, y ocupar esclusivamente la cara dorsal, la palmar ó ambas. La *psoriasis dorsal* puede estenderse por la cara dorsal de los dedos; presenta escamas mas anchas, mas secas y mas duras, y se complica con grietas profundas y dolorosas en los sitios correspondientes á las articulaciones. La *psoriasis palmar* ocupa toda la palma de la mano, y muchas veces la cara palmar de los dedos: preséntanse en estos grietas profundas, y no pueden estenderlos los enfermos sin sentir vivos dolores: las uñas ofrecen á menudo la alteracion de que ya hemos hablado (*psoriasis de las uñas*).

»*Psoriasis de la planta de los pies*.—Es bastante rara, y presenta el mismo caracter que la de las palmas de las manos.

»*Psoriasis del tronco*.—Se ha manifestado 30 veces en un total de 40 enfermos observados por uno de nosotros; ocupa mas comunmente el cuello, los hombros y el pecho, que el abdomen, y afecta con una frecuencia casi igual las formas guttata, circinnata y diffusa. La forma gyrata apenas se observa mas que en el tronco.

»*Psoriasis del prepucio*. — Es muy rara, y unas veces se presenta aislada y otras viene acompañada de la psoriasis del escroto. El prepucio se cubre de escamas bastante anchas; está engrosado, rugoso, agrietado y estrechado hasta el punto de poder ocasionar el fimosis; el menor esfuerzo para descubrir el glande es muy doloroso y seguido á menudo de un flujo de sangre. A veces está cubierto todo el miembro de una capa escamosa. Cuando los dolores son agudos y las grietas profundas, sobreviene en ocasiones un ligero infarto de las glándulas inguinales.

»*Psoriasis del escroto*.-*Psoriasis del pubis*.— Estas dos variedades son muy raras, y muchas veces se han confundido con eczemas crónicos.

»*Psoriasis general.*—Puede la psoriasis ocupar todo el cuerpo, desde la piel del cráneo hasta la planta de los pies, en cuyo caso se observan todas las formas del mal, ocupando habitualmente cada una su sitio de predileccion. Sin embargo, en los casos mas graves *(psoriases inveterata)* parece que no hay mas que una sola escama que cubre todo el cuerpo.

»En los 40 enfermos observados por uno de nosotros ocupaba la psoriasis:

Los miembros.	8 veces.
El tronco.	1
Los miembros y el tronco. . . .	11
Los miembros, el tronco y la cara.	3
Los miembros, tronco y piel del cráneo.	10
El cráneo, los miembros y la cara.	2
Todo el cuerpo. . . . . ,	5

»Curso, duracion y terminacion.—La psoriasis tiene una marcha esencialmente lenta y crónica, y cuando se la abandona á sí misma, puede prolongarse muchos años y aun toda la vida. Hemos visto enfermos que tenian chapas escamosas hacia veinte y aun treinta años. La antigüedad de la enfermedad no influye demasiado en su forma: á veces al cabo de muchos años, solo hay como al principio algunas chapas aisladas y discretas de psoriasis gutata, y otras se estiende el mal en pocos meses á estensas superficies. Sin embargo, por regla general cuanto mas antigua es la enfermedad, es tambien mas estensa, profunda y rebelde (*psoriasis inveterata*). Cazenave cita el ejemplo de un enfermo, que á pesar de los variados y enérgicos tratamientos á que se habia sometido, tenia una psoriasis hacia cuarenta y cinco años.

»Con un tratamiento bien dirigido se consigue casi constantemente curar la psoriasis; pero la curacion se hace esperar mas ó menos tiempo, segun la forma, estension y antigüedad del mal, segun los remedios que se empleen (v. *Tratamiento*), y segun condiciones invidua-les que se nos ocultan completamente.

»La psoriasis gutata reciente es en general la que mas pronto se cura; pero no obstante sucede con frecuencia que la tenacidad de la enfermedad no guarda relacion con la forma y antigüedad de las escamas. En varios enfermos sometidos á un mismo tratamiento hemos visto psoriasis de 3, 4 y 5 meses curarse en 12, 14, 22, 40 y 57 dias; mientras que otras que solo tenian 30, 45 ó 60 dias de existencia, han resistido 55, 68 y aun 100 dias (L. Fleuri, mem. cit., p. 422).

»Algunas veces, despues de la caida espontánea ó provocada de las escamas, deja de reproducirse la secrecion morbosa del epidermis, y la piel adquiere sus caractéres naturales; pero por lo comun se verifica la curacion gradualmente, reemplazándose las primeras escamas por otras mas delgadas y menos adherentes, á las cuales suceden otras mas finas; hasta que caidas estas cesa completamente la secrecion morbosa. En la psoriasis circinnata principia á menudo la curacion por el centro de la chapa escamosa, y esta ofrece todos los caractéres designados por Cazenave y Schedel á la lepra vulgar (véase Fleuri, memoria citada, página 416. Martins, tés. cit., p. 36). Despues de la caida definitiva de las últimas escamas conserva ordinariamente la piel un color pardusco, que no desaparece hasta pasados uno ó dos septenarios.

»Recidivas.—La psoriasis es quizá la enfermedad de la piel mas espuesta á recidivas, y fundándose los autores principalmente en este caracter, han creido dependia de una causa interna general. Hé aquí lo que nos ha enseñado respecto de este punto la observacion atenta de muchos hechos: algunas veces obedecen manifiestamente las recidivas á influencias estacionales; la enfermedad se cura espontánea ó médicamente al aproximarse el otoño y reaparece al principio de la primavera siguiente (*psoriasis intermitente, periódica*): nueve veces la hemos visto de este modo en nuestras 40 observaciones. En muchos casos dependen las recidivas de que apenas curados los enfermos, se esponen de nuevo á la accion de los modificadores que provocaron el desarrollo de la enfermedad. Por último, esta aparece de nuevo un sinnúmero de veces, sin que sea posible designar ninguna causa apreciable para tan frecuentes recidivas. Por otra parte, es cierto que estas se verifican del propio modo cualquiera que sea el tratamiento que se use; no menos se manifiestan despues de un tratamiento interno, que despues de haber usado solo los tópicos: hemos comprobado muchas veces este hecho importante (L. Fleuri, loc. cit., p. 422). Las recidivas son ordinariamente las que hacen tan larga la duracion del mal.

»Diagnóstico.—Casi siempre es muy fácil conocer la psoriasis, pues en ninguna otra dermatosis se encuentran escamas blancas, gruesas, secas y muy adherentes. La forma aguda podria equivocarse con el *eczema crónico*; pero la falta de vesículas y el mayor grueso de las escamas basta para disipar cualquier duda; por otra parte la psoriasis aguda es muy rara y tiene una existencia efímera, volviendo á tomar la enfermedad su fisonomia ordinaria al cabo de algunos dias.

»*La sifílides escamosa* se parece á la psoriasis gutatta; pero los conmemorativos etiológicos, los síntomas coexistentes, el color cobrizo de la piel, y el menor grueso de las escamas, sirven para establecer el diagnóstico. Biett ha indicado como un caracter patognomónico casi constante un cordoncillo blanco que rodea cada elevacion de la sifílides, semejante al que hubiera podido dejar una vesícula.

»Procediendo con alguna atencion, se distingue siempre con facilidad la psoriasis de la *pitiriasis* y del *liquen*.

»El pronóstico no es malo sino en razon de la

duracion del mal, que siempre es bastante larga, y sobre todo por la probabilidad de las recidivas.

»Etiologia.–*Causas predisponentes.–Edad.*– La psoriasis se manifiesta principalmente en los adultos: de 40 enfermos observados por uno de nosotros, 22 tenian de 16 á 30 años; 10 de 30 á 40; 3 de 40 á 50, y 5 de 50 á 60.—*Sexo.* Ataca con mas frecuencia á los hombres que á las mujeres: de nuestros 40 enfermos 27 eran hombres y 13 mujeres.—*Profesion.* La psoriasis es rara en los sugetos que pertenecen á las clases acomodadas de la sociedad, é invade con preferencia á los obreros espuestos á las variaciones atmosféricas (cocheros, jornaleros, etc.), y á los que manejan sustancias irritantes (drogueros, tintoreros, etc.). La hemos observado con mucha frecuencia en los sugetos espuestos por su profesion á la accion de una temperatura muy elevada (forjadores, fundidores, mecánicos, cocineros, etc.).—*Estaciones.* Ya hemos dicho que las estaciones tienen una influencia muy marcada, desarrollándose ó reapareciendo la enfermedad al aproximarse la primavera.—*Herencia.* «La psoriasis, dice Rayer (loc. cit., p. 142), es entre todas las enfermedades crónicas no contagiosas de los tegumentos, la en que está mas demostrado el carácter hereditario.» De esta opinion son tambien Cazenave y Schedel: el primero dice que la psoriasis y la lepra son por lo comun congénitas ó hereditarias. (*Annales des mal. de la peau*, t. I, p. 98). En un número considerable de enfermos, observado por uno de nosotros, no se ha podido comprobar una sola vez la trasmision hereditaria, ni se ha presentado una sola psoriasis congénita.

»*Causas determinantes.*—«La psoriasis, dice Cazenave (*Dict. de méd.*, art. cit., p. 276) no puede producirse accidentalmente por causas esternas, á no haber una disposicion particular, bajo cuya influencia se desarrolla esclusivamente.... La psoriasis reconoce esclusivamente por causa próxima una disposicion particular general muy comunmente innata... Las influencias puramente accidentales, *esternas* ó *internas*, no parecen ser mas que *causas ocasionales.*»

»Esta proposicion necesita algunas aclaraciones: efectivamente, esceptuando las afecciones traumáticas, hay que admitir una predisposicion, es decir, una causa próxima desconocida, para esplicar el desarrollo de casi todas las enfermedades. ¿No depende de la predisposicion el que bajo la influencia del frio tal individuo contraiga una pulmonia, mientras que otro contrae un reumatismo? ¿No es preciso admitir las mas veces una predisposicion, para esplicar el desarrollo de la erisipela, de la urticaria, etc.? Lo que se necesita es deslindar, qué parte corresponde á las causas determinantes internas generales, y cuál á las determinantes esternas locales independientemente de la predisposicion. Traida la cuestion á este punto, creemos que las mas veces debe atribuirse el desarrollo de la psoriasis, como el de la mayor parte de las afecciones cutáneas, á causas esternas, locales (v. *Enfermedades de la piel en general*). «Jamás, dice Cazenave (*Annales des mal. de la peau*, t. I, p. 98), se determina la psoriasis ó la lepra á consecuencia de los tópicos irritantes que producen el eczema, el liquen, el eritema ó el ectima.» Esta proposicion es demasiado absoluta; pues nosotros hemos visto manifestarse las primeras chapas escamosas de la psoriasis alrededor de un vejigatorio, de un cauterio, de un sedal, etc., y Rayer (loc. cit., página 143) ha observado hechos análogos. En los drogueros, hilanderos de lana ó algodon, cardadores, lavanderos, cocineros, etc., empieza la enfermedad por las manos, los antebrazos y la cara; en los que trabajan en los puertos, que tienen continuamente las piernas metidas en agua, empieza por ellas la enfermedad: hemos visto desarrollarse las primeras chapas escamosas en los pies de una mujer, que hacia algun tiempo usaba casi diariamente pediluvios muy sinapizados (L. Fleuri, memoria citada, p. 418).

»Willan incluye el frio y la humedad entre las causas de la psoriasis, y Bateman dice que la ha visto desarrollarse á consecuencia de un ejercicio violento y continuo, que habia cansado y acalorado mucho á los sugetos (loc. cit., p. 58). Nosotros creemos tambien que la esposicion prolongada á una temperatura muy elevada es una de las causas mas frecuentes de esta enfermedad (v. *Profesiones*).

»Se ha convenido en que el uso habitual de alimentos salados, condimentados, y el de pescados, tenia mucha influencia en el desarrollo de la psoriasis, y se ha pretendido que esta enfermedad era muy comun en las poblaciones inmediatas al mar. Nosotros no hemos visto caso alguno, en que ni aun probablemente hayan tenido los alimentos semejante accion (L. Fleuri, mem. cit., p. 417): Emery dice que tampoco ha sido mas feliz (loc. cit., p. 211).

»Cuéntanse tambien entre las causas de la psoriasis las afecciones gastro-intestinales y hepáticas, los desarreglos de la menstruacion, etc.; pero este es un error manifiesto, pues casi siempre se presenta la enfermedad en sugetos fuertes y robustos, cuyas funciones se desempeñaban perfectamente. «En vano he tratado, dice Emery (loc. cit., p. 212), de referir la psoriasis á lesiones de los órganos interiores, y particularmente de averiguar el enlace que podia haber entre ella y las diferentes afecciones de las mucosas. Casi siempre he visto que las psoriasis mas intensas y mas inveteradas se presentaban en sugetos en quienes no se podia reconocer otra enfermedad, y que si ofrecian á veces algunos desarreglos, eran poco duraderos y no tenian relacion notable con la afeccion cutánea.»

»Tratamiento.—La psoriais es quizá la enfermedad cutánea que se ha combatido con

mayor número de medicamentos. Se han alabado sucesivamente el *daphne mezereum*, el *rhus radicans*, la *dulcamara*, los *mercuriales*, el *iodo*, el *antimonio*, el *precipitado blanco de mercurio*, los *óxidos de zinc y de plomo* y los *sulfuros de cal*, *de potasa*, etc.; pero la mayor parte de estos medios se hallan abandonados en el dia.

»Hemos visto enfermos, que habian sido tratados mucho tiempo por las *emisiones sanguíneas* repetidas, sin que se hubiese obtenido ningun resultado, y respecto de este punto nos encontramos en completo desacuerdo con Rayer, quien asegura que las sangrias son constantemente útiles en la psoriasis guttata reciente de los adultos (loc. cit , p. 145).

»Algunos han alabado el iodo; pero nosotros no le hemos visto producir el menor alivio, aunque se le haya administrado muchos meses seguidos.

»*Medicacion interna.*—La mayor parte de los dermatólogos que pertenecen á la escuela de Biett, aseguran que el *tratamiento interno* es el único que puede curar la psoriasis, de manera que no queden los enfermos espuestos á recidivas.

«La posibilidad de hacer desaparecer una enfermedad escamosa por medios tópicos es un hecho incontestable, dice Cazenave (*Annales des maladies de la peau*, loc. cit., p. 162); pero á mi modo de ver no carece de inconvenientes este método. ¿Pueden conseguirse con él las curaciones radicales, que á lo menos se obtienen algunas veces con tratamientos internos mas ó menos enérgicos? Seguramente que no. Tiene algunas probabilidades de buen éxito en las erupciones escamosas inveteradas, ó puede siquiera proporcionar una curacion aparente algo durable? Por mi parte no lo creo asi. No vacilo pues en afirmar, que no hay comparacion, ni aun bajo el punto de vista de una curacion momentánea, entre un tratamiento esclusivo por las aplicaciones tópicas, y el que consiste en la administracion de remedios internos.»

»No tardaremos en responder á las preguntas de Cazenave; pero empezaremos esponiendo el método que consiste en recurrir á la medicacion interna.

»Los purgantes, los sudoríficos, los sulfurosos, las cantáridas y las preparaciones arsenicales, son casi los únicos medicamentos que estan en uso en el dia.

»Algunos médicos ingleses y alemanes, y especialmente Hamilton y Willis, han preconizado los purgantes, y en particular la jalapa, el aloes, la gutagamba, las sales minerales, el cocimiento de Zittmann, y sobre todo los calomelanos; Willan los desecha completamente; Cazenave asegura que en general son ineficaces, y que no convienen sino en los individuos de temperamento bilioso, cuando la enfermedad no es muy antigua, y cuando se manifiesta por primera vez. Nosotros creemos que los purgantes solo son útiles para combatir el estreñimiento cuando existe; que no tienen ninguna accion en la enfermedad cutánea, y que en vano se buscaria un caso de curacion obtenida por la *administracion esclusiva* de tales medicamentos. Rayer (loc. cit., p. 123) elogia esta medicacion; pero quiere que se asocie con los baños de vapor.

»Los *sudoríficos* producen buen resultado, segun Cazenave, en los sugetos jóvenes y cuando la enfermedad es reciente y leve; pero no debemos olvidar que se administran constantemente unidos al uso de baños de vapor. Cazenave ha recurrido á las preparaciones siguientes: R. de azufre dorado de antimonio y de proto-cloruro de mercurio aa. tres dracmas; de zumo depurado de regaliz, dos dracmas; de mucilago de goma arábiga C. S.: para hacer píldoras de seis granos: se toman una ó dos píldoras al dia. — R. de zarzaparrilla 45 partes; de agua 1,250 id.: cuézase hasta perder un tercio, y añádase en los diez últimos minutos de la ebulicion: de dafne mezereum, veinte granos: endúlcese con el jarabe de china: para tomar tres vasos cada dia.

»Alibert administraba los *sulfurosos* (flores de azufre, aguas minerales sulfurosas), añadiéndoles la cauterizacion. Cuando Cazenave recurre á ellos, prescribe al mismo tiempo dos ó tres baños sulfurosos por semana, etc., declarando que estos baños son un auxiliar poderoso, y confesando por otra parte que los sulfurosos son ineficaces contra las formas graves, contra la psoriasis inveterada y contra la lepra vulgar.

»*La tintura de cantáridas* (á dosis graduadas desde 3 hasta 25 ó 30 gotas) se ha prescrito muchas veces por Biett, y Rayer dice «que de todos los *remedios peligrosos* y enérgicos empleados en el tratamiento de la lepra, es quizá el que mejor obra en esta afeccion» (loc. cit., p. 123). De 16 enfermos tratados con este medicamento, y observados por Cazenave, 8 se curaron, 6 se mejoraron notablemente, 1 no presentó ninguna alteracion, y otro no pudo continuar el tratamiento, porque sobrevinieron accidentes (*Ann. des maladies de la peau*, *loco citato*, p. 166). Estos guarismos no nos parecen militar en favor de la tintura de cantáridas, principalmente si recordamos que este medicamento produce comunmente náuseas, cólicos, diarreas, erecciones incómodas, y algunas veces accidentes mas graves.

»*Preparaciones arsenicales.* — «De todos los medicamentos que componen en el dia la terapéutica de las afecciones escamosas, no hay ninguno cuya eficacia sea comparable ni con mucho á la de las preparaciones arsenicales.» Cazenave ha sentado esta proposicion, fundándose en su esperiencia personal y en la práctica de Biett.

»No pretendemos negar la eficacia de las preparaciones arsenicales; pues sabemos que pueden curar por sí solas las psoriasis mas estensas,

mas antiguas y rebeldes; pero tambien sabemos:

»1.º Que no producen constantemente este buen resultado, y que en algunos casos hemos de renunciar á ellas, sin que la enfermedad haya sufrido modificacion alguna, al cabo de seis ú ocho meses y aun de un año.

»2.º Que solo pueden usarse cuando los órganos digestivos se encuentran en buen estado, y ademas estan dotados de mucha fuerza de resistencia.

»3.º Que por su medio tarda mucho tiempo en verificarse la curacion. Cazenave no se esplica acerca de este punto; pero nosotros podemos asegurar, que si se han curado algunas psoriasis inveteradas en veintiseis dias (Cazenave), por lo regular no se verifica la curacion hasta los seis, ocho, diez y aun diez y ocho meses de tratamiento. «Hé aqui, dice Bremard, lo que me ha enseñado un año de observacion en el servicio activo del hospital de San Luis. En general en los casos mas felices se necesitan siempre por término medio de dos á cuatro meses de tratamiento para conseguir algun resultado, aunque no sobrevenga ningun accidente que obligue á suspender el medicamento..... Si la psoriasis data ya de muchos meses, se consigue hacerla desaparecer á fuerza de tiempo; pero no es raro que se desarrollen chapas nuevas *durante el curso del tratamiento*..... Nunca he visto al *arsénico producir un resultado completo en las psoriasis inveteradas*» (*Paralelle entre differentes méthodes de traitement de la lèpre et du psoriasis*, en *Journal des connaisances médico-chirurgicales*, núm. de abril, p. 135; 1842).

»Devergie refiere la observacion de un hombre atacado de psoriasis guttata, que despues de haber permanecido veintidos meses en la clínica de Biett, y de haber tomado el arseniato de sosa y los baños de vapor durante dos meses, unas píldoras antimoniales, la tintura de cantáridas durante tres meses, la disolucion de Fowler hasta la dósis de 18 gotas cada dia, y 85 baños de arseniato de sosa, salió del hospital sin haber tenido ninguna mejoria (*Gazette médicale*, t. II, p. 221; 1843).

»4.º Que las preparaciones arsenicales no impiden mas las recidivas que los medicamentos esternos. «Muchos de los que he visto curarse por la disolucion de Fowler, y que han salido del hospital inmediatamente despues de la curacion, han tenido recidivas al cabo de algun tiempo» (Bremard, loc. cit., p. 135).

»5.º Que determinan á menudo accidentes fatales en los órganos digestivos.

»Nos apresuramos á añadir, que estas proposiciones, á que nos ha conducido nuestra esperiencia personal, no hacen mas que confirmar las opiniones que profesan hace ya mucho tiempo otros observadores recomendables. «Es cierto, dice Rayer (loc. cit., p. 147), que despues de la administracion de estos enérgicos remedios (tintura de cantáridas y preparaciones arsenicales) se han curado muchas especies de psoriasis, aun de las inveteradas; pero no esta menos demostrado, que la mayor parte de estas curaciones solo han sido momentáneas; que han sobrevenido recaidas; que casi todas las psoriasis inveteradas tratadas por este método se han resistido á él, aunque se haya continuado por cinco ó seis meses el uso de las preparaciones arsenicales ó de la tintura de cantáridas. Asi pues me parece en general poco conveniente someter á los enfermos atacados de psoriasis inveterada á un tratamiento arsenical, con la débil esperanza de producir un alivio pasagero, y con el temor no menos fundado de causar algun trastorno en los órganos interiores ó en la constitucion.»

»Emery ha esperimentado muchas veces las preparaciones arsenicales, y nunca ha podido felicitarse de su uso (*Nouvelles considerations sur le traitement du psoriasis*, en *Bull. génér. de thérap.*, t. XIII, p. 69). De 16 enfermos tratados por la disolucion de Fowler ó por las píldoras asiáticas, solo uno se curó al cabo de cinco meses; en cuatro fue preciso suspender el tratamiento antes del vigésimo dia, en razon de los accidentes que habia producido; en los cinco últimos no se habia manifestado la menor mejoria al cabo de muchos meses, y se decidió recurrir á otra medicacion (la misma coleccion, t. XI, p. 214). Emery ha recibido frecuentemente en sus salas enfermos afectados de psoriasis por tercera, cuarta y quinta vez, aunque en cada recidiva hubiesen sido tratados por los arsenicales.

»Las preparaciones de esta especie á que se puede recurrir son: la disolucion de Fowler, la de Pearson, la de Biett y las píldoras asiáticas. Cazenave reasume del siguiente modo las indicaciones que deben guiar al práctico en esta eleccion.

»*La disolucion de Fowler* (R. de ácido arsenioso y carbonato de potasa, aa. 5 partes; agua destilada, 500 partes; alcohol de melisa compuesto, 16 id) es preferible en el tratamiento de la lepra vulgar. «Se empieza por administrar tres gotas por la mañana en ayunas en algun vehículo inerte, aumentando cada cinco ó seis dias la dósis dos ó tres gotas solamente. Puédese continuar asi hasta doce ó quince gotas; pero es prudente no pasar de este término, y muchas veces conviene, como con la tintura de cantáridas, interrumpir su uso de cuando en cuando, empezando cuando se vuelve á administrar, no por las dósis á que se habia llegado, sino por las proporciones mínimas.»

»Emery ha llegado á dar hasta 25 gotas, y continuado asi por un mes; Cazenave habla de un enfermo que tomaba 20 gotas sin esperimentar el mas ligero accidente; pero estos hechos son escepcionales.

»En los sugetos jóvenes, irritables, en las mujeres, y cuando la erupcion es poco estensa, reciente, de forma ligera, como por ejemplo en la psoriasis guttata, prefiere Cazenave la disolucion de Pearson (R. de arseniato de sosa, un

grano; de agua destilada una onza), ó la de *Biett* (R. arseniato de amoniaco un grano; agua destilada una onza). Ambas preparaciones se administran á la dosis de 6 granos, que se aumenta gradualmente hasta 20 y aun hasta 30 granos por dia, dividiendo siempre el medicamento en dos tomas, de las cuales una se da por la mañana y otra por la noche.

»Por último, en las formas graves, rebeldes, en la psoriasis inveterada, en los sugetos de carnes blandas poco irritables, cuyas vias digestivas se hallan en buen estado, usa Cazenave las *píldoras asiáticas* (R. ácido arsenioso porfirizado un grano; pimienta negra pulverizada medio escrúpulo; goma arábiga en polvo dos granos; para hacer doce píldoras): se toma una ó dos y rara vez tres píldoras cada dia.

»El doctor Thomson dice haber empleado con buen éxito el ioduro de arsénico en muchos casos de psoriasis inveterada (*Journ. des connaisances médico-chirur.*, núm. de setiembre, 1839, pág. 120).

«Cualquiera que sea la preparacion arsenical que se use, dice por último Cazenave (loco citato, p. 167), hay que empezar siempre por dosis mínimas, aumentarlas progresivamente, y vigilar con atencion sus efectos. Ademas, aunque no determinen ningun accidente, conviene interrumpir de tanto en tanto su uso, como por ejemplo todos los meses, para volver á empezar algun tiempo despues, y siempre por dosis cortas.»

»Los accidentes que producen las preparaciones arsenicales consisten en un ardor violento en la garganta, náuseas, vómitos, cólicos, diarrea, dolores epigástricos y abdominales, y una fiebre mas ó menos intensa.

»Cuando la enfermedad ha de terminar en la curacion, se observan los fenómenos siguientes: «el calor de la piel se aumenta; pero se animan con particularidad las chapas enfermas, poniéndose rojas é hinchadas; se quedan las escamas, y presentan al principio un aspecto eritematoso, que mas adelante se remplaza por un color pálido. Este color es el signo precursor de la disminucion de las chapas y de su desaparicion progresiva. En la lepra vulgar se abren los discos, se deprimen los bordes, pierden los círculos su forma redondeada, y los restos de cada anillo marchan á la resolucion, y á menudo con notable rapidez» (Cazenave, loc. cit., pág. 166).

»No nos olvidemos de advertir que Cazenave reconoce que *deben auxiliarse las preparaciones arsenicales, segun la necesidad, con algunas pomadas, y siempre con los baños de vapor* (loc. citato, p. 167).

»*Medicacion esterna.* — Willan y Bateman habian recurrido casi esclusivamente á los medicamentos esternos, recomendando *los baños calientes, las lociones de aguas sulfurosas, los baños de mar calientes, los de vapor, las lociones de alcohol dilatado con el sulfuro de potasa, el ungüento de pez, el de nitrato de mercurio, y las lociones compuestas con una cantidad pequeña de oximuriato de mercurio.* «En algunos casos, dice Bateman, la aplicacion contínua del *ungüento de brea* ha hecho desaparecer las costras de la piel, restableciendo la testura del órgano en su estado primitivo, aun en casos en que hubiera tenido poca influencia un tratamiento interno» (loc. cit., p. 63).

»Rayer recurre á los *baños emolientes y narcóticos, á los baños y chorros de vapor, á las fricciones con la pomada estibiada y con la de precipitado blanco.*

»Emery emplea esclusivamente un tópico que daremos á conocer en seguida, y al que atribuimos como él un resultado casi constante; pero antes de entrar en pormenores, apreciaremos en general el valor de la medicacion esterna, y aqui es donde vamos á responder á las preguntas de Cazenave. Diremos pues:

»1.° Que la medicacion esterna bien dirigida carece siempre de inconvenientes, nunca produce ningun daño, ni necesita *suspenderse todos los meses.*

»2.° Que se obtienen por ella curaciones radicales mas numerosas que por el tratamiento interno, y siempre se consigue una curacion aparente mas ó menos duradera.

»3.° Que cura á menudo psoriasis inveteradas, que se han resistido muchos años á las cantáridas y á las preparaciones arsenicales, etc.

»4.° Que no espone mas que la interna á las recidivas.

»5.° Que se consigue constantemente la curacion en un tiempo infinitamente mas corto que el que exige el tratamiento interno.

»6.° Que tiene una eficacia incontestable, puesto que no necesita el auxilio de la administracion interior de ningun medicamento, al paso que la medicacion interna necesita siempre de la intervencion de los tópicos.

»Aplicando estas diferentes proposiciones con particularidad á la *pomada de brea*, creemos poder asegurar que serán aceptadas por muchos profesores.

»*Baños.* — Los baños tienen una accion muy marcada en la psoriasis: los tibios simples ó gelatinosos son útiles para desprender las escamas. Despues de caidas estas se obtiene á menudo la curacion por medio de los baños sulfurosos, y sobre todo por los de vapor, con esclusion de cualquier otro medio interno ó esterno.

»Cualquiera que sea el tratamiento á que se recurra, se emplean casi siempre los baños á título de ayudantes, y ya queda dicho que el tratamiento por las preparaciones arsenicales reclama constantemente el auxilio de los baños de vapor.

»*Hidroterapeya.*—En el hospital de San Luis se han hecho algunos ensayos hidroterápicos. Se ha tratado por el método de Priesnitz siete enfermos atacados de psoriasis (V. L. Fleury, *De l'hidrosudopathia*, en *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XV, p. 208): tres de ellos se curaron,

uno al cabo de ocho meses, otro á los cuatro y medio, y el tercero á los dos meses; advirtiendo que la psoriasis del primero tenia catorce meses de fecha, y se habia resistido á la brea y á la disolucion de Fowler: en los otros cuatro enfermos nada se ha obtenido, ó solo una mejoria poco marcada (Devergie, *Rapport fait au conseil général des hospices sur les essais tentés à l'hôpital Saint Louis, concernant l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies de la peau*, en *Gazette médic.*, p. 219; 1843).

»En los enfermos curados se han advertido los fenómenos siguientes: «Las escamas se humedecen con el sudor y se desprenden; la piel enferma adquiere un color encarnado vivo, y despues violáceo; todas las chapas se deprimen poco á poco y se ensanchan; de manera que al cabo de quince dias de tratamiento, por ejemplo, pudiera creerse que la enfermedad se habia aumentado; pero no es asi. Luego se adelgaza la piel, desaparece paulatinamente su elevacion, señalándose al mismo tiempo una línea ó círculo blanquecino alrededor de las partes enrojecidas, y por último se decolora y al mismo tiempo se pone lisa, untuosa, perspirable, y adquiere una flexibilidad verdaderamente digna de atencion (Devergie, loc. cit., p. 222).

»*Pomadas.*—La pomada de calomelanos (R. de calomelanos una dracma; de manteca una onza: dosis de una á cuatro dracmas al dia) es el remedio que prefiere Rayer (loc. cit., página 121), añadiendo que nunca le ha producido salivacion. Emery, por el contrario, ha visto presentarse este accidente á consecuencia del uso de dicha pomada, que si alguna vez ha surtido buen efecto, por lo comun no ha modificado la enfermedad (*Bull. génér. de thérap.*, t. XI, p. 213).

»*La pomada de ioduro de azufre* (ioduro de azufre 20 á 30 granos; manteca 1 onza) la ha introducido Biett en el tratamiento de la psoriasis, y Cazenave reconoce que es á menudo útil. «Ordinariamente, dice este médico, se ataca la erupcion de un modo sucesivo, y hasta que ha desaparecido de una region, no se la persigue con fricciones análogas en otra. Pero á veces bajo la influencia de fricciones hechas en un sitio limitado, como por ejemplo en un miembro, se va resolviendo sensiblemente la erupcion, no solo en los puntos donde se pone el medicamento, sino tambien en todos los demas (*Ann. des mal. de la peau*, loc. cit., página 163). Emery ha obtenido tambien muy buenos resultados del uso de la pomada de ioduro de azufre.

»*La pomada de proto-ioduro de mercurio* (R. proto-ioduro de mercurio una dracma; manteca una onza) ha sido esperimentada por Boinet, quien asegura haber obtenido de ella buenos efectos (*Du traitement du psoriasis avec la pommade de proto-iodure de mercure*, en *Bulletin génér. de thérap.*, t. XIII, p. 12); pero este médico solo cita nueve casos, y Emery ha sometido dos enfermos á la medicacion que propone, y ambos han sido acometidos de salivacion sin ninguna modificacion notable en la afeccion cutánea (*Bull. génér. de thérap.*, tomo XIII, p. 70-71).

»*La pomada de brea* (R. brea una ó dos dracmas; manteca una onza) la introdujo Emery en 1832 en el hospital de San Luis, y desde aquella época se han sometido á este tratamiento muchos centenares de enfermos en las salas de este médico.

»Uno de nosotros ha comprobado sus buenos efectos por espacio de dos años, sin que en ningun caso dejara de ser eficaz: 40 observaciones recogidas con esmero han dado los resultados siguientes:

»Se han curado 36 enfermos cualesquiera que fuese la forma, estension y antigüedad del mal.

1	se	curó	al	12	dia.
10	.....	del	12	al	20
4	.....	del	20	al	30
9	.....	del	30	al	40
3	.....	del	40	al	50
4	.....	del	50	al	60
2	.....	del	60	al	70
1	.....	del	80	al	90
2	.....	del	100	al	110
36					

»Los cuatro restantes salieron por diferentes causas del hospital antes de concluir el tratamiento, y su estado se habia mejorado notablemente. Entre las curaciones hubo una, que se verificó al cabo de 40 dias en un enfermo que habia sido tratado durante tres meses y medio con las emisiones sanguíneas; otra tuvo lugar á los 20 dias, habiendo estado tomando antes el enfermo la disolucion de Fowler por espacio de 39 dias sin resultado; otra se logró á los 14 dias en un enfermo que no se habia podido curar á pesar de habérsele tratado durante seis meses con las cantáridas, y por último otro que se curó á los 57 dias, se habia resistido durante dos meses al iodo, y durante tres á la disolucion de Fowler.

»El tratamiento de que hablamos no ha tenido nunca otro inconveniente, que haber producido tres veces un ligero eritema, que ha desaparecido suspendiendo las fricciones por dos ó tres dias (L. Fleuri, mem. cit., p. 421-422).

»Muchos médicos han presenciado en el hospital de San Luis la eficacia comprobada y ordinariamente rápida de la pomada de brea; Boinet la elogia decididamente (loc. cit., página 13). Devergie dice, que ha curado en tres meses con la brea una psoriasis de nueve años, que se habia resistido á los mercuriales, á la disolucion de Fowler y á la hidroterapeya (loc. cit., p. 221. obs. 5). Bremard reconoce que la brea «es un medicamento del que se obtienen felices resultados»; los cuales cree deben atribuirse por una parte á la absorcion de esta sustancia, y por otra á la accion mecánica ne-

cesaria para estender la pomada en la piel (loc. cit., p. 136). La esplicacion de Bremard es enteramente errónea, porque la administracion interior de la brea y las fricciones con manteca pura no curan la psoriasis; mas no por eso deja de ser importante el hecho que consigna.

»Uno de nosotros presentó al doctor Miquel en 1837, un ejemplo muy notable de la superioridad de la brea sobre todos los demas tratamientos.

«Fleuri, dice Miquel (*Bull. génér. de thérap.*, t. XIII, p. 195), nos ha demostrado últimamente un nuevo ejemplo de la eficacia de la pomada de brea en el tratamiento de la psoriasis. Una señora jóven tenia hacia ya diez años una psoriasis rebelde: habíanse usado en vano todos los tratamientos: los antiflogísticos, los purgantes, los vejigatorios, los cauterios, las aplicaciones saturninas y las pomadas sulfurosas, se habian puesto inútilmente en uso en Rouen, cuando se decidió la enferma á venirse á Paris y á entrar en la real casa de sanidad. Hallábase muy debilitada por el régimen y por los diferentes tratamientos que habia sufrido; tenia chapas estensas de psoriasis en las rodillas y en los codos: la espalda, pecho, vientre y muslos estaban cubiertos de psoriasis guttata. No pudo obtenerse ningun buen efecto con la limonada sulfúrica, los baños sulfurosos, los chorros de vapor, ni con la disolucion de Fowler. A los dos meses de estar usando estos medicamentos, se hallaba la paciente lo mismo que cuando entrára en la casa; la secrecion escamosa era siempre abundante; las escamas no se habian desprendido, y se manifestaban chapas nuevas en la piel del cráneo y la frente.

»Fleuri le quitó el tratamiento que habia usado hasta entonces, y prescribió la pomada de brea: *al cabo de quince dias* estaba la enferma completamente curada.»

»Muchos hechos análogos se han presentado últimamente en el hospital de San Luis en las salas de Emery.

»En Alemania é Inglaterra se usa frecuentemente la pomada de brea, y todas las publicaciones periódicas estrangeras traen ejemplos de su eficacia contra las psoriasis inveteradas y rebeldes á todos los demas tratamientos.

»Creemos deber insistir muy particularmente en el método que debe á Emery la terapéutica: 1.º porque la psoriasis es una de las afecciones mas frecuentes de la piel; 2.º porque es una enfermedad grave en razon de su duracion y del aspecto repugnante que da al enfermo, y 3.º porque aun no aprecian como debieran la pomada de brea algunos dermatólogos, cuya autoridad reconocemos, pero que á nuestro modo de ver no han consultado bastante la esperiencia antes de decidirse. Que Cazenave, cuya buena fé conocemos, como tambien su probidad científica y sus luces, esperimente mucho y por suficiente tiempo la pomada de brea, y estamos seguros de que no tardará en modificar su opinion.

»Por nuestra parte no titubeamos en declarar que la pomada de brea debe aplicarse desde luego á todos los casos de psoriasis, y que no conviene recurrir á otros medicamentos, hasta despues de haberla usado mucho tiempo sin resultado, lo que rara vez sucederá.

»Emery habia asociado al principio á la pomada de brea la limonada sulfúrica, los calomelanos y los baños de vapor; pero hace muchos años que ha abandonado toda especie de ayudantes, y los resultados que ha obtenido no han sido menos numerosos, menos rápidos ni duraderos. Bueno es sin embargo prescribir de tanto en tanto un baño simple, para limpiar al enfermo y para evitar el eritema que á veces produce el medicamento.

»Muchas objeciones se han hecho al uso de la pomada de brea. «¿No es un inconveniente, dice Bremard con muchos autores, el olor de la brea y la necesidad que hay de tener continuamente una capa de ella en el cuerpo? ¿Y no merece tambien alguna consideracion la necesidad de inutilizar las ropas de los enfermos hasta el punto de que no puedan servir despues?» (loc. cit., p. 136). Responderemos con Boinet «que semejantes inconvenientes son harto pequeños si se atiende al resultado.»

»Naturaleza y asiento.—La psoriasis consiste probablemente en una irritacion crónica del aparato blenogeno, y á esto se reduce cuanto podemos decir sobre la causa próxima de esta afeccion.

»Cazenave reconoce que las enfermedades escamosas no son «una espresion del estado general, que se manifiesta en la piel,» sino afecciones locales, que dependen de una modificacion profunda é innata del sistema secretorio del aparato blenogeno. «Son, pues, dice Cazenave, las erupciones escamosas enfermedades constitucionales, pero constitucionales de la piel (loc. cit., p. 98).

»Estas proposiciones pueden muy bien aplicarse á la ictiosis; pero por lo que hace á la psoriasis creemos que son demasiado absolutas. Verdaderamente cuando la psoriasis se desarrolla y repite sin causa manifiesta, puede admitirse una modificacion innata, una lesion constitucional de la piel; pero no sucede lo mismo cuando la enfermedad se desarrolla á consecuencia de alguna causa local esterna, y desaparece para no volverse á reproducir, si el sugeto procura no esponerse de nuevo á la accion del mismo modificador.

»Clasificacion en los cuadros nosográficos.—Alibert ha colocado la psoriasis (*herpes furfuráceo circinado* y *herpes escamoso*) en el grupo de las enfermedades herpéticas (grupo IV, género 1.º), confundiéndola con la pitiriasis (*herpes furfuráceo volante*) y reuniéndola con la acnea (*varus*), con la sicosis (*varus mentagra*), con el impetigo (*melitagra*) y con el lupus (*estiomeno*). Es imposible reunir elementos mas heterogéneos.

»Willan y todos los patólogos que han adop-

tado su clasificacion colocan la psoriasis en el orden de las escamas (orden II de Willan, VI de Biett).

»Historia y bibliografia.—Λεπρα per profunditatem corporum cutem depascitur, orbiculatiori modo, et esquamas, piscium squamis similes, dimittit; ψωρα autem magis in superficie hæret et varie figurata est.»

»De este pasage de Pablo de Egina se ha concluido que los médicos griegos llamaban λεπρα a la enfermedad que ha descrito Willan con el nombre de lepra vulgaris, y que daban el nombre de ψωρα á la afeccion que este autor designa con el de *psoriasis*.

»Parécenos que esta conclusion se ha establecido muy de ligero, y creemos imposible determinar con esactitud tanto los caractéres que pertenecen á las afecciones descritas por los griegos con los nombres de λεπρα, ψωρα, αλφος, μελας y λευκη, como las relaciones que existen entre estos nombres y los de *juzam*, *juzamlyk*, *bothor*, *dal-fil* y *baras*, usados por los árabes. Igualmente imposible nos parece señalar un sitio en los cuadros nosológicos á la *lepra de los hebreos* y á la *lepra de la edad media*.

»Cazenave cree: que la λεπρα de los griegos es la lepra vulgaris de Willan, y que el αλφος y el μελας son solamente dos variedades de esta afeccion; que la ψωρα corresponde á la psoriasis; que con el nombre de λευκη han descrito los griegos tres formas diferentes: una correspondiente al *vitiligo* de los latinos; otra á la *elefantiasis* de los griegos, y la última á la *elefantiasis* de los árabes; que con el nombre de *baras* y de *bothor* han descrito los árabes unas variedades de la *lepra vulgaris*; que la denominacion de *juzamlyk* se aplica á la *elefantiasis* de los griegos, y la de *dal-fil* á la *elefantiasis* de los árabes; que la *lepra* de los hebreos se refiere á la vez á la *elefantiasis* de los griegos, al *vitiligo* y á la *elefantiasis* de los árabes; y que la lepra de la edad media comprende todas las enfermedades de la piel, que, con razon ó sin ella, se suponian graves (*Dict. de méd.*, t. XVIII, p. 5-7; París, 1838).

»Dezeimeris ha consagrado al examen de estas cuestiones un largo y entendido artículo (*Dict. de méd.*, tomo XI, página 261-275; París, 1835).

»No abordaremos aqui una discusion, que nos conduciria muy adelante y que por otra parte no tendria ningun interés para el práctico; solo diremos que las descripciones que han llegado á nosotros son demasiado incompletas y oscuras para poder juzgar con esactitud. Hay sin embargo una observacion que nos ha parecido importante, y por lo mismo no hemos querido omitirla. Ningun autor ha tratado de investigar si el *porrigo favosa* se ha comprendido en alguna de las denominaciones de que hemos hablado mas arriba; y no obstante se encuentran los principales caractéres de esta afeccion en la λευκη de los griegos y en la lepra de la edad media: facil nos seria probarlo.

»Sea como quiera, el primero que ha trazado bien los caractéres que corresponden á la psoriasis ha sido Willan, quien ha colocado esta afeccion en el lugar propio que ocupa entre las afecciones de la piel. Si el autor inglés ha separado la *lepra vulgar* de la *psoriasis*, ha sido únicamente porque ha querido conservar una distincion ya establecida segun él por los griegos.

»Los dermatólogos franceses han aceptado la clasificacion de Willan, y Alibert, Cazenave y Schedel, Rayer, Gibert, etc., han reproducido y completado sus descripciones.

»Biett ha hecho á la terapéutica de la psoriasis servicios importantes; pero le ha escedido Emery proporcionando una medicacion cuya superioridad creemos haber demostrado.

»Débese hacer mencion especial de los artículos publicados por Cazenave (*Dict. de méd.*, segunda edicion, art. Lepra y Psoriasis.—*Des affections squameuses de la peau*, t. I, p. 97, 129, 161) y de Emery (*Du psoriasis* en *Bulletin général de thérapeutique*, t. XI, p. 209.—*Nouvelles considerations sur le traitement du psoriasis*, la misma coleccion, t. XIII, p. 69).

»Hemos reunido la *lepra vulgar* de Willan (*lepra* de Cazenave y Schedel) á la *psoriasis*, fundados en las razones espuestas en su lugar, y creemos que en todos los casos la palabra *lepra* tiene un sentido indeterminado, por lo que debe desecharse de la nomenclatura, lo mismo que las denominaciones *herpes* y *tiña*» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 203-216.)

CAPITULO II.

De la pitiriasis.

»Etimologia.—La palabra *pitiriasis*, se deriva de πιτυρον, salvado.

»Sinonimia.—Πιτυριασις, de Galeno, Actuario y Pablo de Egina; *porrigo* de Celso, Lorry y Frank; *pitiriasis* de Vogel y Swediaur; *tinea porriginosa* de Astruc; *furfurisca* de Gilbert; *tinea furfurácea* de Senerto; *lepidosis pitiriasis* de Young y Good; *pitiriasis* de Willan, Bateman, Cazenave y Schedel y Rayer; *herpes furfuráceo volante*, *herpes furfuroso* de Alibert.

Definicion y division.—La pitiriasis es una afeccion cutánea, ordinariamente parcial y apirética, caracterizada por una esfoliacion de laminillas epidérmicas muy pequeñas.

»Willan, Cazenave y Schedel han admitido cuatro variedades de pitiriasis: 1.ª *pitiriasis capitis*; 2.ª *pitiriasis rubra*; 3.ª *pitiriasis versicolor*, y 4.ª *pitiriasis nigra*. La primera de estas variedades solo se funda en la consideracion del sitio de la enfermedad, por lo que á ejemplo de Gibert (*Traité pratique des maladies de la peau*, p. 300; París, 1839) la reemplaza-

remos por la *pitiriasis simple*, á fin de apoyar nuestras divisiones en una base comun. Por lo demas, estas divisiones son muy poco importantes, y no merecen descripciones particulares: hablaremos de ellas en el estudio de los síntomas de la enfermedad.

»*Las lesiones anatómicas* que caracterizan la pitiriasis son enteramente desconocidas, y por otra parte es probable que en el mayor número de casos no se podrian apreciar por nuestros medios de investigacion. Conviénese en considerar la pitiriasis como una inflamacion crónica leve de las capas mas superficiales del dermis.

»SINTOMAS.—1.° Pitiriasis simple (*herpes furfuraceus volatilicus* de Alibert).—La parte enferma se cubre de una cantidad, á veces muy considerable, de escamitas epidérmicas, cuya forma y dimensiones varian singularmente. Ora las escamitas, semejantes á moléculas de salvado, no se adhieren casi á la piel, verificándose continuamente una descamacion furfurácea, que el mas ligero contacto, el roce de la mano, de un cepillo ó del peine, aumenta y reproduce sin cesar. Otras veces son las escamas mas estensas, y estan formadas por unas hojitas epidérmicas, delgadas, secas y adheridas por una de sus estremidades y libres por la otra. En ocasiones se parecen á una cubierta única que se hubiera hendido en términos de reducirse á laminillas muy delgadas y muy pequeñas (Cazenave y Schedel, *Abrégé pratique des mal. de la peau*, p. 350; París, 1838).

»El epidermis se desprende en polvo farináceo, dice Alibert (*Monographie des dermatoses*, p. 352, en 4.°; París, 1832); esta membrana cae y se reproduce con prontitud. Hay sugetos en quienes se acumula este polvo con tanta abundancia que parecen tahoneros ó peluqueros.»

»La piel conserva su estado natural y no está caliente ni roja. Un prurito bastante vivo acompaña ordinariamente á la pitiriasis simple, y cuanto mas se rascan los enfermos, mas abundante es la descamacion farinosa.

»2.° *Pitiriasis roja.* — Esta variedad se anuncia por una comezon bastante viva; se presentan muy pronto unas manchitas eritematosas, sonrosadas, ligeramente prominentes; que primero son del tamaño de una lenteja, despues se ensanchan, se aproximan, y por fin se reunen de modo que forman chapas bastante estensas. La piel que cubre las superficies eritematosas está caliente: el tejido celular subcutáneo hinchado, y á veces dolorido á la presion, y las partes blandas presentan una tirantez bastante considerable (Rayer, *Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. II, p. 160; París, 1835).

»Desde el segundo ó tercer dia se hiende el epidermis de las chapas eritematosas y forma escamas, no ya furfuráceas, sino hojosas y como laminosas. Estas escamas, delgadas y blancas, se levantan de modo que no quedan adheridas sino por los bordes; se caen con el roce, y se desprenden bajo la forma de hojillas epidérmicas, que á veces tienen la anchura de una uña (Gibert, loc. cit., p. 300). Estan formadas por el epidermis no engrosado, y tienen ordinariamente de 3 á 8 líneas de diámetro (Rayer, loc. cit., p. 161).

»Las laminillas epidérmicas se reproducen con mucha abundancia, y algunas veces estan muy adheridas: en este caso, cuando se las levanta con la uña, se ve que la piel subyacente está ligeramente encarnada, ya suave y lustrosa, ya arrugada y seca.

»El prurito es ordinariamente menos vivo que en la pitiriasis simple; pero hay en cambio una sensacion de calor y de tension.

«Cuando los enfermos se dejan llevar de la necesidad de rascarse, dice Rayer (loc. cit., p. 161), los puntos de la piel de donde se ha quitado recientemente el epidermis, dan un flujo seroso, amarillento y análogo al que se observa en el eczema húmedo. Este flujo es á veces tan considerable, que impregna completamente los lienzos ó los vestidos que cubren las partes afectas.» En las circunstancias mencionadas por Rayer, no depende el flujo de la enfermedad por sí misma, sino de una complicacion, de una especie de vejigatorio producido y sostenido por las uñas del enfermo. La descamacion de la pitiriasis es *siempre y esencialmente seca*, caracter que importa tener presente al formar el diagnóstico.

»3.° *Pitiriasis versicolor* (*pannus hepaticus* de Alibert; *manchas hepáticas*, *efelides*, de varios autores; *cloasma* de Rayer).—Esta variedad está caracterizada por unas manchas amarillas, leonadas, mas ó menos grandes y numerosas; ora muy pequeñas, sin esceder las dimensiones de una lenteja, ora redondeadas y del tamaño de un duro, ora por último irregulares y mas estensas.

»Cuando las manchas son confluentes, solo dejan entre sí espacios bastante pequeños, en los cuales conserva la piel su color natural. «De esta disposicion puede resultar una apariencia tal, que á primera vista se crea que existen manchas blancas en una piel morena, considerando asi como alterados precisamente los únicos puntos de los tegumentos que han permanecido intactos» (Gibert, loc. cit., página 301).

»Willan pretende que el color morboso penetra en el espesor del dermis hasta el cuerpo mucoso, y que se nota todavía despues de separado el epidermis; pero Bateman observa que no es constante esta disposicion, y que algunas veces, debajo de la escama desprendida, presenta la piel un color rojo semejante al de la pitiriasis roja (Bateman, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, trad. de Bertrand, p. 79; París, 1820).

»En las manchas de la pitiriasis versicolor se verifica una descamacion furfurácea muy ligera, pero continua, á la cual acompaña un prurito poco intenso, que solo se siente con el calor.

de la cama, con el ejercicio violento ó con algun esceso en la bebida, etc. (Bateman, loco citato, p. 80).

»4.º *Pitiriasis negra* (*melasma* de Rayer).—Willan ha observado esta variedad en los niños nacidos en la India y trasportados á Inglaterra: comienza por una *erupcion parcial de granos*, y termina por una coloracion negruzca, acompañada de escamas ligeras y furfuráceas (Bateman, loc. cit., p. 82). Esta descripcion es muy incompleta, y no es posible adivinar la naturaleza de los granos observados por Willan.

»Biett dice, que esta variedad presenta como las demas, una descamacion furfurácea, pero con la circunstancia de verificarse en superficies negras, cuyo color es á veces muy subido. Ora está el color en el epidermis mismo, y debajo de él se encuentran superficies rojas ó sonrosadas; ora está el epidermis trasparente, y el color negro existe en la capa sub-epidérmica (Cazenave y Schedel, loc. cit., p. 354-355).

»Asiento de la enfermedad.—*Pitiriasis general.*—Es raro que la pitiriasis ocupe toda la superficie del cuerpo. Rayer dice que ha visto pitiriasis rojas generales y acompañadas de fiebre y de desórdenes funcionales de las vias digestivas (loc. cit., p. 162). ¿Serian verdaderas pitiriasis? Es tanto mas dudoso, cuanto que en uno de los casos terminó la enfermedad por la muerte.

»La *pitiriasis versicolor* puede invadir casi toda la superficie cutánea, de lo cual cita un ejemplo Gibert.

»*Pitiriasis de la cabeza.*—La piel del cráneo es el sitio mas frecuente de la pitiriasis. En los niños la que mas se observa es la *pitiriasis roja*, la que generalmente viene acompañada de una rubicundez bastante viva y de un prurito que los agita y desvela. Los adultos y los viejos que tienen alopecia padecen con preferencia la pitiriasis simple, verificándose la esfoliacion principalmente cuando se peinan ó cepillan la cabeza: el prurito varia, pues unas veces es bastante grande y otras apenas existe.

»*Pitiriasis de la cara.*—La pitiriasis de la cabeza puede propagarse á ciertas partes de la cara. En los niños se estiende hasta la frente y las sienes; en los adultos, y principalmente en los viejos, invade á menudo las regiones superciliares. Los párpados, los labios y la barba, padecen á veces una *pitiriasis simple ó roja*, que permanece limitada á una de estas partes (Rayer, loc. cit., p. 165-167).

»*Pitiriasis del tronco.*—La pitiriasis versicolor es la que se presenta mas comunmente en el tronco; las manchas ocupan el cuello, el pecho y el vientre: tambien puede manifestarse en el tronco la pitiriasis roja.

»*Pitiriasis de los miembros.*—Rayer asegura haber visto la pitiriasis ocupar esclusivamente la palma de las manos ó la planta de los pies. «Esta variedad, dice, se ha confundido hasta aqui con la psoriasis palmar.»

El *curso* de la pitiriasis es regular y no ofrece ninguna particularidad digna de observarse. Sin embargo, la pitiriasis versicolor se manifiesta á veces de un modo periódico por las primaveras, para desaparecer al aproximarse el otoño.

»La *duracion* de la enfermedad puede ser bastante larga. Algunas veces se resiste la pitiriasis á todos los tratamientos, y dura muchos años.

»La *terminacion* nunca es funesta, y en los casos citados por Rayer, la muerte seria sin duda alguna producida por complicaciones debidas á una simple coincidencia.

»Diagnóstico.—La poca adherencia y pequeñísimas dimensiones de las escamas de la *pitiriasis simple* no permite confundir esta forma con la *psoriasis* ni con la *ictiosis*.

»La *pitiriasis roja* se ha confundido á menudo con el eczema y aun con el impetigo, cuyo error ha recaido sobre todo en la de la cabeza, que durante mucho tiempo se ha comprendido con otras varias afecciones de la piel del cráneo bajo el nombre general de tiña. Parécenos que Rayer comete todavia este error, cuando afirma que la *tiña amiantácea* de Alibert no es mas que una forma de la *pitiriasis de la cabeza* (loc. cit., p. 164).

»Recordando que la esfoliacion de la pitiriasis es siempre seca, y no viene nunca acompañada de vesículas ni de pústulas, se evitará la confusion de que acabamos de hablar.

»Mas difícil es distinguir á primera vista la *pitiriasis simple* ó *la roja* de las esfoliaciones epidérmicas en que terminan el sarampion, ciertas erisipelas, el liquen y el eczema; pero los conmemorativos bastan para disipar cualquiera duda. Por otra parte las esfoliaciones de que se trata tienen una duracion bastante corta, y no se reproducen sin cesar como la de la pitiriasis.

»La *pitiriasis versicolor* se ha confundido á menudo con las efelides hepáticas, y Alibert y Rayer reunen todavia deliberadamente estas dos afecciones.

»Las manchas hepáticas vienen á menudo acompañadas de alteraciones funcionales del hígado y del estómago y de un prurito mucho mas vivo, y solo dan lugar á una esfoliacion farinácea muy poco abundante.

»Ciertas manchas sifilíticas presentan un color y una disposicion semejantes á los de las chapas de la *pitiriasis versicolor*; pero el color cobrizo y mas aun la falta de esfoliacion epidérmica y de todo prurito, las circunstancias anteriores, y muchas veces los síntomas coexistentes, servirán para fijar el diagnóstico.

»El *pronóstico* de la pitiriasis no ofrece ninguna gravedad; pero conviene no olvidar que la enfermedad es algunas veces muy rebelde.

»Causas.—La *pitiriasis de la cabeza* parece ser producida á veces por la accion demasiado irritante de un peine ó de un cepillo muy duro; en los calvos se atribuye á la accion del

aire sobre la piel del cráneo desnuda de pelo. En la *barba* es debida muchas veces la enfermedad á la accion de la navaja de afeitar. Las pitiriasis *roja* y *versicolor* reconocen á menudo por causa la insolacion ó una temperatura muy elevada. Háse atribuido tambien cierta influencia á los alimentos ácres, condimentados, á algunas especies de pescados, á los escesos de la mesa, y á las impresiones morales vivas; pero es muy dudosa la accion de estos modificadores.

»TRATAMIENTO.—El tratamiento de la pitiriasis es muy sencillo: una tisana amarga y algunos laxantes constituyen toda la medicacion interna. Al principio hay que prescribir los baños simples ó mucilaginosos y las lociones emolientes; pero al cabo de algun tiempo conviene reemplazar estos tópicos con los baños alcalinos y aun con los baños sulfurosos ó los de vapor, y con las lociones alcalinas ó astringentes (agua de salvado con vinagre, agua blanca).

»Si la *pitiriasis roja* general viniese acompañada de calentura ó de síntomas de reaccion, habria que empezar el tratamiento por una emision sanguínea, general ó local.

»En los viejos y en los sugetos debilitados se obtienen á menudo buenos efectos con los tónicos.

»Muchas veces hemos hecho desaparecer las pitiriasis de la piel del cráneo ó de la barba, prohibiendo por algunos dias el uso del peine, del cepillo ó de la navaja de afeitar.

»CLASIFICACION EN LOS CUADROS NOSOLÓGICOS.—Willan ha colocado la pitiriasis en el órden de las escamas (órden II). Cazenave y Schedel proceden del mismo modo (órden VI). Alibert ha hecho de las *pitiriasis simple* y *roja* el primer género (herpes) de su grupo cuarto (dermatosis herpéticas), y colocado las *pitiriasis versicolor* y *negra* en su grupo segundo (dermatosis discromatosas: primer género, paños).

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA.—Los griegos conocian ciertamente la *pitiriasis simple*, y con especialidad la *pitiriasis de la cabeza* (Galeno, *Comment.* III. *Epid.* libro VI;-Alejandro de Tralles, libro I, cap. IV;-Pablo de Egina, libro III, cap. III); pero no tardó en introducirse la confusion en la nomenclatura y en las descripciones. Con los nombres de πιτυρίασις, de *porrigo* y de *furfuratio*, describen los autores, ora una sola enfermedad, ora afecciones muy diferentes, y hay que llegar hasta Willan para encontrar una definicion esacta. Tambien se debe á este dermatólogo inglés la distincion de las variedades que hemos descrito.

»La pitiriasis no ha sido objeto de ninguna monografía: asi es que tenemos que contentarnos con remitir al lector á los diferentes tratados de dermatologia» (MONNERET y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, páginas 579-582).

CAPITULO TERCERO.

De la ictiosis.

»SINONIMIA.—*Albaras nigra*, de Avicena; *impetigo excorticativa*, *lepra icthyosis*, Sauvages; *lepidosis icthyosis*, Good y Young; *icthyosis*, Willan y Bateman; *ictiosis*, Cazenave y Schedel, Rayer, Alibert y Gibert.

»DEFINICION.—La ictiosis es una afeccion cutánea, casi siempre congénita y estendida por la mayor parte de la superficie del cuerpo, caracterizada por un engrosamiento de las capas epidérmicas y por la *presencia de escamas* de color blanco pardusco, muy duras y dispuestas de manera, que cuando se pasa la mano por la piel, parece que se roza en sentido inverso la escama de un pescado.

»DIVISION.—Alibert admite tres especies de ictiosis: *ictiosis anacarada*, cuyas escamas son duras, de color blanco anacarado, y muy semejantes á las de la carpa; *ictiosis serpentina*, que tiene escamas delgadas y frágiles, y tan finas como la cubierta de las serpientes; y por último la *ictiosis cornea*, con escamas negras, de consistencia de cuerno, y configuradas de diversos modos, unas veces encorvadas como los espolones de las aves, y otras retorcidas como los cuernos de los carneros (*Monographie des dermatoses*, p. 763, en 4.º; París, 1832).

»Esta division no se funda en ninguna base sólida: las dos primeras especies solo se diferencian entre sí por variedades ligeras, inconstantes y muchas veces poco notables, en los caractéres físicos de las escamas, y la tercera no pertenece manifiestamente á la enfermedad que nos ocupa, pues ninguna analogia tiene la ictiosis con los apéndices corniformes que se desarrollan á veces en uno ó muchos puntos de los tegumentos, de que refieren ejemplos muy notables Fabricio Hildano, Caldoni, Breschet, Souberbielle, Mercier y Landouzy. Cierto es que Alibert y Mansfeldt (*Journ. complem. de sciences méd.*, t. XII, p. 275) consideran estas escrecencias como una variedad (*ictiosis espinosa*) de la especie, admitiendo una *ictiosis córnea general*; pero esto no destruye de modo alguno la objecion, pues efectivamente no hay analogia entre la variedad y la especie, la cual no es por otra parte mas que una ictiosis simple muy intensa.

»Bateman (*Abrégé prat. des mal. de la peau*, trad. de Bertrand, p. 82; Paris, 1820) no admite mas que la *ictiosis simple* y la *ictiosis córnea*.

»Rayer adopta la division de Alibert (*Traité théorique et prat. des mal. de la peau*, t. III, p. 614; 1835).

»J. Copland divide la ictiosis en *hereditaria*, *papilar*, que es la córnea de Alibert, y *accidental y local* (*A dictionary of pract. med.*, part. V, p. 312, Lóndres, 1838). Por último, Cazenave y Schedel solo admiten dos especies, la *congé-*

nita y la *accidental* (*Abregé prat. des mal. de la peau*, p. 355; París, 1838).

»La division de Cazenave y Schedel es la única que está fundada en un principio importante, y que no reune afecciones diferentes entre sí: la adoptaremos por consiguiente, aunque recordando que la ictiosis, como hemos dicho en nuestra definicion, es casi siempre congénita. Hánse descrito á menudo simples pitiriasis con el nombre de *ictiosis accidental*.

»Alteraciones anatómicas.—Buniva ha visto que la sustancia de las escamas de la ictiosis se compone de gelatina solidificada por su union con el fosfato y carbonato de cal; Delvaux asegura que las escamas dan los mismos principios que las uñas, los pelos y las producciones epidérmicas en general: hé aqui los resultados que ha obtenido este químico por el análisis: 85 granos de escamas han dado, mediante una ebulicion prolongada en agua destilada, una disolucion que se precipitaba con la infusion de nuez de agallas y con el cloro líquido; por consiguiente contenia gelatina: las escamas vueltas á secar habian perdido 3 granos; el resto, que pesaba 15 granos, era evidentemente moco espesado, de naturaleza análoga al del epidermis. Calentado en un crisol de plata, se reblandeció, fundió y aumentó de volúmen, esparciendo un olor muy semejante al de cuerno quemado, y por último dió una ceniza de color pardo, que pesó un grano, y en la cual habia carbonato y fosfato de cal, sílice y óxido de hierro (*Archives gén. de méd.*, 1.ª série, t. VIII, p. 91). Rayer ha comprobado tambien en las escamas de que hablamos los caractéres físicos y químicos del epidermis.

»Los surcos que se ven en la superficie esterna del corion estan mas marcados que en el estado natural; las eminencias papilares se encuentran hipertrofiadas, y algunas veces muy desarrolladas, y los folículos sebáceos poco manifiestos (Rayer); los pilosos y sus apéndices pueden por el contrario adquirir un desarrollo notable. Rayer cree que el dermis es constantemente mas grueso y duro y menos areolar que en el estado natural.

»Síntomas.—*Ictiosis congénita.*—En el museo anatómico de Berlin hay un feto monstruoso, que en toda la superficie cutánea tiene una ictiosis muy marcada (*Gaz. méd.*, t. II, pág. 18; 1811). Este hecho debe mirarse como escepcional; porque ordinariamente la ictiosis no se manifiesta hasta seis ó siete semanas despues del nacimiento (Janin de Saint Just, *Journal complem. des sc. méd.*, t. V, p. 220) Antes de esta época solo está la piel menos fina y lisa, mas gruesa y sucia y como granugienta.

»La enfermedad se manifiesta primero en las superficies esternas de los miembros, en los codos, en las rodillas y en las partes superior y posterior del tronco. La piel, aunque algo gruesa, permanece blanda, se cubre de partículas epidérmicas poco resistentes, parduscas, no muy adherentes, que se desprenden por sí solas, y producen una descamacion farinácea continua. Este es el primer grado de la enfermedad que Alibert ha considerado como una especie distinta, llamándola *ictiosis serpentina*. Empero ha añadido que es propia de los viejos, y en esto comete un error manifiesto, confundiendo con la ictiosis, ora la pitiriasis, ora aquel estado de flacidez que tiene la piel en los sugetos de edad avanzada. Se evitará este error, si se recuerda que la presencia de las escamas es el caracter esencial de la ictiosis.

»A medida que los sugetos avanzan en edad, se aumenta mas la alteracion, formándose escamas secas, duras, rugosas, parduscas y algunas veces de color blanco anacarado (ictiosis anacarada de Alibert), rodeadas de una línea negruzca, libres en la mayor parte de su circunferencia, é implantadas un poco oblícuamente por su base en la piel. Cuando se toca estas escamas, parece que se pasa la mano por una piel de zapa, por una lima, por un pescado ó por la corteza de ciertos árboles. A la simple vista se presenta la piel considerablemente engrosada, y como si estuviera dividida en pedacitos irregulares por surcos profundos.

»Las escamas tienen varios tamaños: unas son pequeñas y estan rodeadas de una multitud de puntitos farinosos que corresponden á los surcos; otras son anchas, gruesas y de un color oscuro, y estas se encuentran principalmente en la parte anterior de la rodilla, en el codo y en las caras esternas de los brazos y de las piernas.

»Los enfermos no tienen dolor ni picor, pudiéndose arrancar impunemente las escamas, sin que debajo de ellas quede rubicunda la piel. Las escamas mas anchas se adhieren íntimamente á la superficie afecta, y su avulsion es bastante difícil; no obstante, cuando mas suele ocasionar una sensacion desagradable.

»En este estado la ictiosis es casi siempre general; sin embargo, las palmas de las manos, las plantas de los pies, las axilas, las íngles, la cara interna de los miembros, el rostro, y especialmente los párpados, se preservan ordinariamente ó padecen en un grado mucho menor. Esta regla no carece de escepciones; Bateman ha visto la enfermedad limitada á la cara, hallándose cubiertas las mejillas por chapas anchas que se reunian en la nariz; pero en este caso cree Rayer que se formó un diagnóstico equivocado, y solo existia una capa ceruminosa, producida por una enfermedad de los folículos (loc. cit., p. 623).

»La traspiracion está algunas veces totalmente suprimida en los sugetos afectados de ictiosis; otras se verifica solo en las partes de piel que han quedado sanas, y entonces es en ellas sumamente abundante. Las plantas de los pies son el sitio mas comun de esta traspiracion supletoria.

»La ictiosis no determina ninguna alteracion en las funciones, y no es causa de ninguna complicacion. No obstante, Janin de Saint Just

ha creido observar que los sugetos que padecen la ictiosis congénita, se enflaquecen, se ponen taciturnos, presentan con retraso los caractéres de la pubertad, casi nunca tienen mucha estatura, y conservan siempre unas facultades intelectuales muy limitadas. Uno de nosotros ha hecho la misma observacion en el hospital de San Luis, donde ha tenido ocasion de ver muchos enfermos afectados de ictiosis.

»En la *ictiosis accidental* es menos estensa la alteracion; algunas veces está limitada á los codos, á las rodillas, á uno ó á varios miembros, y las escamas son menos anchas, menos adherentes y menos gruesas *(ictiosis serpentina)*.

»Curso, duracion, terminaciones.—El curso de la ictiosis es á menudo intermitente, sobre todo cuando la afeccion es accidental; las estaciones tienen á veces una influencia notable; la enfermedad desaparece del todo ó disminuye considerablemente durante el invierno, y vuelve á recobrar todo su desarrollo en primavera y en verano. Janin de Saint Just ha visto un enfermo en el cual se disipaba casi del todo la afeccion al principio de la primavera y al fin del otoño. La inflamacion de un órgano interior puede modificar mucho la afeccion cutánea; pero en cuanto desaparece la primera, recobra esta de nuevo sus caractéres primitivos. Ha sucedido disiparse completamente las escamas durante todo el curso de unas viruelas, y reproducirse inmediatamente despues de la descamacion. Cazenave y Schedel han visto una afeccion papular, que por el contrario no tenia ninguna influencia en la ictiosis.

»La ictiosis congénita dura siempre lo que la vida del enfermo, y lo mismo sucede muchas veces con la accidental; sin embargo, esta puede desaparecer al cabo de tiempo: aun en los casos mas favorables se prolonga ordinariamente muchos años.

»La ictiosis no ocasiona la muerte por sí misma; pero su curacion, que solo puede esperarse cuando la enfermedad es accidental, es una escepcion muy rara.

»Diagnóstico.—En la lepra vulgar y la psoriasis, que cubren superficies grandes, son las escamas planas, adherentes á la piel por toda su superficie interior, y estan sobrepuestas unas encima de otras; si se las quita, queda la piel roja en los puntos que ocupaban; en el mayor número de casos hay mucho picor, y la enfermedad no es congénita.

»Los líquenes confluentes é inveterados tienen alguna semejanza con la ictiosis leve *(ictiosis serpentina)*; pero siempre se puede comprobar la existencia de las pápulas, y hay ademas un prurito insoportable.

»Algunas veces se ha confundido la pitiriasis con la ictiosis; sin embargo, es facil evitar este error: en la pitiriasis son las escamas mas pequeñas, mas blancas y menos duras; se desprenden espontáneamente, y dan lugar á una descamacion furfurácea contínua, y hay prurito: la pitiriasis nunca es congénita ni viene acompañada de engrosamiento del epidermis, de los codos y de las rodillas.

»Pronóstico.—El pronóstico de la ictiosis siempre es grave, aunque solo en razon de la incurabilidad casi constante de la enfermedad; es menos malo cuando esta es accidental.

»Causas.—Las mujeres padecen mas rara vez la ictiosis que los hombres. Biett ha observado que las primeras estaban en la proporcion de una vigésima parte.

»La herencia es la única causa que se puede asignar con alguna certidumbre á la *ictiosis congénita*; pero son muchos los enfermos que han nacido de padres perfectamente sanos. Se ha hablado de afecciones morales vivas, del terror, las pesadumbres violentas de la madre durante la preñez, los vicios sifilítico, escrofuloso, *herpético;* pero nada justifica estas hipótesis. «La ictiosis, dice Rayer, no es endémica en Haiti, ni en el Paraguay, ni entre los que habitan cerca del mar ó de rios abundantes en pesca, como sin fundamento creen algunos.»

»Las causas de la *ictiosis accidental* no son tampoco mejor conocidas. No está probado que tengan influencia en su produccion los malos alimentos, el habitar en sitios bajos y húmedos, las pesadumbres violentas, los accesos de cólera, las inflamaciones viscerales, etc. Sin embargo, merece particular mencion el hecho siguiente: Cazenave y Schedel vieron un niño de doce años, que presentaba una ictiosis congénita en todo el cuerpo, menos en la cara, donde no tenia nada absolutamente; pero en cuanto este niño padecia la menor irritacion del aparato gastro-intestinal ó cualquiera otra flegmasia interna, adquiria el rostro un tinte sucio, y se cubria despues de escamitas parduscas, secas y acompañadas de un engrosamiento ligero de la piel; á medida que se disipaba la inflamacion local, se desprendian las escamas, y la cara recobraba lentamente su estado natural, quedando solo un ligero engrosamiento (loc. cit., p. 356).

»Janin de Saint Just ha comprobado por esperimentos de inoculacion que la ictiosis no es contagiosa; proposicion que no creemos tenga contradictores.

»Tratamiento.—La ictiosis congénita es siempre superior á los recursos del arte: las lociones mucilaginosas y aceitosas, los baños simples ó de vapor, son los únicos medios paliativos á que se puede recurrir.

»Hánse propuesto contra la ictiosis accidental varias medicaciones: Willan aconseja quitar con cuidado con las uñas todas las escamas, estando el enfermo en un baño caliente, y combatir la erupcion con el uso frecuente de los baños frios juntamente con fricciones moderadas. El mismo autor, Bateman (loc. cit., p. 86) y Elliotson (*The London med. gaz.*, t. VII, página 636) han preconizado la administracion de la brea al interior á la dosis de media á una onza diaria, y aseguran haber obtenido curaciones notables por este medio, que Biett y

Rayer han empleado sin conseguir buenos efectos.

»Los purgantes, los diaforéticos, los amargos, el agua de cal, el azufre, el óxido de antimonio, el dentocloruro de mercurio á la dosis de medio grano por dia (Tourner, *A Treatise of diseases incident of the skine*, 5.ª edic., p. 30; Janin de Saint Just, loc. cit., p. 223), las disoluciones arsenicales (Bateman, loc. cit., p. 86), el cocimiento de la corteza interior del olmo (Plenk) y el cocimiento de la raiz del rumex acutus (Thomson) se han usado con resultados variables y poco concluyentes.

»Reconócese generalmente en el dia, que los remedios esternos son los únicos que tienen alguna eficacia en el tratamiento de la ictiosis. Despues de haber hecho caer las escamas por medio de cataplasmas, de baños calientes y de vapor, de baños sulfurosos ó alcalinos, de chorros de regadera y de fricciones mucilaginosas, conviene tratar de modificar la vitalidad cutánea. Para esto se recomiendan los vendoletes aglutinantes, cubiertos con una venda empapada constantemente en agua fria (James Copland, loc. cit., p. 314), las unturas oleosas (Elliotson), los linimentos y las pomadas compuestas con el nitrato de mercurio ó con el deuto-cloruro de la misma base (Coulson, *London med. gaz.*, t. X, pág. 718), la disolucion del arseniato de sosa ó de potasa (Janin de Saint Just, loc. cit., p. 223; Alibert, loc. cit.) la brea (Emery) y los vejigatorios aplicados *loco dolenti* (Biett). Es dificil decidirse entre estos diferentes remedios. Por lo comun se hace necesario irlos ensayando sucesivamente, y nos tenemos por dichosos cuando conseguimos encontrar uno que sea realmente eficaz.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Alibert coloca la ictiosis en el primer género del 12.º grupo *(dermatosis heteromorfas)*; Plenk Willan y Biett entre las escamas (7.ª clase de Plenk, 2.º orden de Willan, 6.º orden de Biett).

»Historia y bibliografia.—La ictiosis no ha sido bien descrita hasta estos últimos tiempos, y su historia debe estudiarse en los tratados de Willan, Bateman, Cazenave y Schedel y Rayer; pero, como se ha visto, no es susceptible de mucho desarrollo. Entre los hechos particulares cuya lectura ofrece algun interés, citaremos los que han referido Janin de Saint Just, Ansiaux, Stheinhausen, Elliotson y Coulson. Tambien debemos mencionar el artículo de James Copland» Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. V, p. 119—122)

GENERO SESTO.

Elefantiasis de los griegos.

»Se da este nombre á una afeccion descrita por los médicos griegos, en la que adquiere la piel de los enfermos un aspecto repugnante, por lo cual se la ha comparado con la del elefante.

»Sinonimia.—Σατυριασμος, de Galeno; Λεοντιασις, de Areteo; *satyria*, de Aristóteles; *lepra tuberculosa*, *elefantiasis vulgar*, de Alibert; *elefantiasis de los griegos*, de Rayer, Cazenave y Gibert.

»Definicion. — La elefantiasis de los griegos está caracterizada por la presencia de tubérculos prominentes, lívidos, blandos, por lo comun indolentes, acompañados de tumefaccion del tejido celular subcutáneo, que pueden terminar por resolucion ó por supuracion, y que vienen precedidos de manchas rojas ó amarillas.

«Lepra, dice Plenk, est morbus in quo cutis »præsertim faciei rugosa et aspera evadit, atque »tuberibus magnis rubro lividis et rimosis de»formatur, cum estremorum artuum insensi»bilitate et voce rauca nasali» (*Doctr. de morb. cut.*; Viena, 1783, p. 67).

»Division.—J. Robinson y T. Heberden han establecido dos formas de elefantiasis de los griegos: el primero de estos dos autores distingue la elefantiasis tuberculosa vulgar y la elefantiasis *anaisthetos*, en la que ofrecen los pies y las manos una deformidad particular, y que termina por ulceraciones estensas, á consecuencia de las cuales se desprenden partes mas ó menos considerables de los miembros (*On the elephant. as it appeared in Hindostan*, en *Med. chir. trans*, 1819, t. X, p. 31); el segundo dice, que en un caso la enfermedad va acompañada de fiebre, sigue un curso agudo, y se desarrolla por fluxion; mientras que en el otro es lenta, apirética, crónica, y se desarrolla por congestion. Aunque estas divisiones, como dice Gibert (*Manuel des maladies spéciales de la peau*, p. 426), sean ingeniosas y no carezcan absolutamente de fundamento, no se apoyan en bases suficientemente sólidas para que podamos admitirlas. Asi, pues, imitando á la mayor parte de los dermatólogos, nos limitaremos á describir una sola forma de lepra tuberculosa, reservándonos indicar, al ocuparnos de las variedades, los caractéres que modifican á veces la fisonomia de esta afeccion.

»Alteraciones anatómicas.—«Las alteraciones patológicas que se observan en los que han sucumbido á consecuencia de la elefantiasis de los griegos, dice Cazenave, son muy variables. Parecen ser relativas á la antigüedad del mal y á su intensidad; en una palabra, dependen al parecer de complicaciones graves, mas bien que de la lepra tuberculosa (*Dict. de méd.*, tomo XI, p. 255). Puede añadirse, que no obstante los numerosos trabajos que se han hecho acerca de este asunto, no se le ha estudiado aun con todo el cuidado apetecible, y que se necesitan nuevas observaciones, difíciles de practicar por lo rara que es la enfermedad en Europa. Trataremos de presentar á nuestros lectores un cuadro lo mas completo posible,

apoyándonos principalmente en los trabajos de Rayer, que ha espuesto con esmero la anatomia patológica de la lepra tuberculosa.

»Segun este médico, la elefantiasis de los griegos parece atacar especialmente la piel, los órganos de la voz y la respiracion.

»*Cubierta tegumentaria.*—Presenta un número mas ó menos considerable de tubérculos de diferente volumen, de los cuales unos son *dermoideos*, y ofrecen una depresion central ocupada por una especie de produccion córnea que atraviesa todo el grueso del tubérculo, y otros son subcutáneos, formados por puntos infartados del tejido celular (Gibert, loc. cit., p. 426). Los primeros forman tumorcitos blandos, redondeados y lívidos, sobre cuya estructura no se está de acuerdo todavia; pues unos dicen que son sólidos y grasientos, y otros los han comparado con quistecitos llenos de una serosidad glutinosa y rojiza. Alibert cree que estan formados por la parte glutinosa de la grasa que se concreta; pero seria importante averiguar si, como puede creerse, tienen estos tubérculos su orígen en los folículos sebáceos. Los tubérculos subcutáneos residen en el tejido celular subcutáneo, donde forman núcleos de infarto y puntos de supuracion. Algunas veces se inflaman estos diferentes tubérculos, y entonces terminan por resolucion ó por supuracion.

»Todo el tegumento presenta alteraciones notables: la piel está gruesa, rugosa, parduzca, agrisada, livida ó como bronceada; algunas veces, por el contrario, está descolorida y no ofrece punto alguno hipertrofiado de un modo sensible; la que cubre las induraciones está adelgazada, marchita y arrugada; pero cuando estas pasan al estado de supuracion, se pone roja y caliente, se abre y convierte en úlceras mas ó menos estensas, irregulares, con bordes cortados, fofos, y estan cubiertas por un líquido sanioso, que se concreta y forma costras gruesas, negruzcas, adherentes, debajo de las cuales, en los casos mas felices, se forma una cicatriz. La estructura de la piel está profundamente alterada. Despues de muchos dias de maceracion, dice Cazenave, presenta la piel de un elefantiaco: 1.° engrosamiento del epidermis; 2.° por debajo una capa eminentemente vascular, como erectil; 3.° otra capa dura, gruesa, sólida, bronceada, que tiene muchos hoyitos, ocupados por grumos de color blanco amarillento ó incoloros, y debajo de esta un tejido celular adiposo engrosado.» Segun Gibert, las capas superficiales del dermis estan adelgazadas, secas, como apergaminadas, y otras veces, por el contrario, se observa un engrosamiento muy marcado del dermis y un desarrollo como erectil del tejido celular de Eichhorn. Rayer, ausiliado en sus observaciones por Gaide y Raisin, ha entrado en pormenores mas circunstanciados.

»Nos aseguramos, dice, por la diseccion, de que el color bronceado de la piel no dependia de una materia depositada en la superficie del cuerpo papilar (pigmentum), sino que estaba alterado el color del dermis en todo el grueso de esta membrana á consecuencia de cambios verificados en su estructura; el epidermis, reblandecido en los puntos correspondientes á las arrugas, se quitaba fácilmente, pero no bajo la forma de membrana, como en el estado sano despues de la maceracion, sino bajo el aspecto de una papilla, como sucede á menudo con la membrana albida de la superficie del cuerpo papilar. Cortada la piel perpendicularmente parecia hipertrofiada, principalmente en los puntos tuberculosos; tenia dos líneas de grueso á lo menos en las partes laterales de la barba; algunos puntos del dermis ofrecian reblandecimientos poco estensos y superficiales; se desprendia fácilmente la materia reblandecida frotando con un escalpelo la superficie de la piel. Las alas de la nariz estaban cubiertas de una capa blanquecina, producto de la secrecion aumentada de los folículos sebáceos. Quitada esta capa se veian sobresalir muchos puntos de color blanco anacarado, continuos con unas prolongaciones epidermoideas pequeñas, que metiéndose en la cavidad de los folículos, formaban unos tubitos que se podian estraer por medio de una ligera traccion. Entonces parecia la piel como perforada por una multitud de conductitos, en los cuales penetraba fácilmente la cabeza de un alfiler grueso hasta una linea de profundidad próximamente (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 57).

»El tejido celular subcutáneo está engrosado, alterado y sufre una alteracion de color bastante semejante á la de la piel (Gibert, loco citato, p. 431); algunas veces presenta una infiltracion purulenta mas ó menos estensa. Los músculos y los tendones, dice Rayer, estan á veces tan adheridos entre sí que es difícil separarlos (*Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 662).

»*Aparato respiratorio.*—Rayer ha encontrado lesiones muy notables en las fosas nasales: habia desaparecido casi completamente el tabique; la membrana mucosa se hallaba casi del todo destruida en algunos puntos, quedando descubiertos los huesos de la nariz; en otras partes la cubria un moco purulento; aqui era blanquecina y estaba reblandecida; allí se desprendia en colgajos irregulares y pequeños; quitando la capa mucoso-purulenta se presentaba un número bastante crecido de prominencias mamelonadas, de las cuales se podian estraer unos cuerpecitos fibriformes, de la longitud de media á una línea, formados muy probablemente por el humor concreto de los folículos (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. VII, p. 56). Vénse á veces en la epiglotis ulceritas mas ó menos numerosas, las cuales adquieren un aspecto parduzco; la membrana mucosa laringea suele tambien estar cubierta por una capa bastante gruesa de moco purulento, de-

bajo de la cual se halla la membrana pálida, adelgazada, con un color blanco mate, cubierta de úlceras, que se ven principalmente en los ventrículos laterales y en los repliegues que cubren las cuerdas bucales. Estas aparecen en ocasiones completamente destruidas, y los músculos de la laringe descubiertos; Biett ha encontrado tambien los cartílagos aritenoideos cariados y en mucha parte destruidos (Cazenave y Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 354). Encuéntranse algunas veces en los pulmones tubérculos en diferentes grados de desarrollo; pero Biett los considera como accidentes y no enlazados esencialmente con la elefantiasis.

»*Aparato circulatorio.*—Rayer ha encontrado el corazon pequeño y blando; Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 355), han visto las venas cavas y pulmonales y la membrana interna de la aorta teñidas de un color oscuro; la sangre pegajosa, fluida y de un color de heces de vino. «Nulla ferme vasa, vel sanguifera vel linfatica, in partibus interioribus observantur, »dice Schilling: in corrugata vero cute quæ »ocurrunt, vasa varicosa sunt et perparum »sanguinis continent: atque hæc vasorum ra»ritas tanta est, ut cum diligenter investigave»rim, non tamen potuerim arteriam interosseam »reperire quando quidem bina cruris ossa, »quasi in unum confluxerant; id quod etiam in »exiguis pedum ossiculis observavi. Illud præ»terea animadverti, quoties amputatio prope »partem afectam facta est, non opus fuisse vin»culo arteriæ cruralis; et ne stypticis quidem; »sed simplicem suffecisse ligaturam; debilio»rem etiam longe saltum sanguinis vidi, quam »latex, ex arteria recissa erumpens monstrare »solet; colorem porro sanguinis obscuriorem »atque nigricantem omninoque talem, qualis »in venoso sanguine esse consuevit. Imo se»mel vidi sanguinem quasi pure permixtum» (*Dissert. de lepra*, 1769).

»*Aparato digestivo.*—La membrana mucosa de los labios tiene casi siempre un color bronceado; la que cubre la lengua, la cara anterior del velo del paladar y la pared posterior de la faringe, está hendida, ulcerada, dura, hipertrofiada y cubierta de pezoncillos procedentes de su desigual engrosamiento. Todas estas partes y la bóveda palatina presentan á veces tubérculos que parecen residir principalmente en los folículos mucosos (Gibert, loc. cit, p. 432).

«Es raro, dice Gibert, que el estómago ofrezca alteraciones morbosas.» Sin embargo, Cazenave y Schedel han encontrado la membrana mucosa adelgazada y reblandecida; Rayer la ha visto destruida enteramente en algunos puntos, y ha observado tambien arborizaciones vasculares bastante pronunciadas en casi toda la estension de la víscera. La mucosa intestinal casi siempre está engrosada y reblandecida en mucha estension, y á veces hasta la parte inferior de los intestinos gruesos, como lo ha visto Rayer. Los folículos de Peyero estan desarrollados y tuberculosos; en el ileon, colon y válvula ileocecal, hay úlceras mas ó menos numerosas, y Rayer las ha encontrado á algunas pulgadas de distancia del duodeno. Estas úlceras residen, ora encima de los tubérculos, ora sobre los folículos de Peyero.

»Larrey ha visto los gánglios mesentéricos infartados ó tuberculosos, y Rayer los de la ingle con la consistencia y color del hígado en el estado de degeneracion grasienta. Estos médicos han observado tambien algunas alteraciones en el bazo y en el hígado; pero no son tan constantes ni tan características que deban tomarse en consideracion,

»*Aparato de la vision.*—Casi siempre hay en los ojos alteraciones mas ó menos graves: vénse los párpados hipertrofiados y cubiertos de tubérculos; la conjuntiva inyectada, hinchada y modificada en su color; la córnea adelgazada y ulcerada; hasta el iris, dice Gibert, padece en ocasiones una irritacion sorda, en cuya consecuencia puede obliterarse la pupila adhiriéndose sus bordes.

»*Aparato de la generacion.*—Algunos autores se han apoyado en el estado de los órganos de la generacion, ya para esplicar, ya para negar la existencia del *libido inexplebilis* de que nos ocuparemos muy luego, y que se ha tenido por un síntoma frecuente de la elefantiasis de los griegos. Unos han pretendido que esta enfermedad detenia siempre el desarrollo de los órganos de la generacion cuando se declaraba antes de la pubertad, y que se atrofiaban los mismos órganos cuando la invasion del mal era posterior á dicha época; otros han asegurado por el contrario, que los órganos genitales adquirian un gran desarrollo en la elefantiasis, y Schilling pretende haber visto á un negro *cuyo pene tenia mas de dos varas de largo* (Hensler, *Vom abendlaendischen Aussatze im Mittelalter, nebst einigen Beiträgen zur Kenntniss und Geschichte des Aussatzes*, p. 398). En todos los enfermos que ha observado Rayer se hallaban bien desarrollados los órganos genitales, sin que ofreciesen nada de particular. Sin embargo, este médico ha visto unos testículos que tenian la consistencia de un hígado craso y un color amarillo oscuro, y Biett ha encontrado el glande, el prepucio y los testículos, convertidos en un tejido lardáceo, los cuerpos cavernosos exangües é hipertrofiados sus tabiques fibrosos.

»*Sistema huesoso.*—Los huesos, dicen Cazenave y Schedel (loc. cit., p. 355), se han encontrado algunas veces esponjosos, reblandecidos y privados de sustancia medular; y efectivamente se concibe que una enfermedad tan grave, y que produce sus deplorables efectos en casi todos los tejidos del cuerpo vivo, pueda alterarlos de un modo tan profundo.» Parece que Rayer y Gibert no admiten tan fácilmente esta posibilidad, dudando que deban referirse á la lepra tuberculosa las alteraciones que ha encontrado en un caso el doctor Ruette (*Essay sur*

l'elephantiasis, etc., tésis de París, 1802, número 91, p. 22), y que Schilling describe de esta manera: «Interna ossium conformatio talis est qualis in spina ventosa esse solet; nulla »periostei, vel interni, vel externi vestigia cernuntur: internae ossium lamellæ facillime »separari à se invicem possunt, millæ in ossibus cavitates apparent, nec quidquam medullæ inest» (loc. cit., p. 15). Luego veremos que estas alteraciones del sistema huesoso se encuentran principalmente en la variedad de la elefantiasis de los griegos, que ha descrito Robinson con el nombre de *Elephantiasis anaisthetos*, etc., y que otros autores han indicado con el nombre de *leuce*.

»Sintomatologia.—A ejemplo de Pinel y de Alibert estableceremos en la descripcion de los síntomas de la elefantiasis de los griegos cuatro períodos, que nos parecen estar perfectamente marcados, y que creemos útil conservar para estudiar con método los caractéres de esta terrible enfermedad.

»*Primer período.*—Algunos autores, y principalmente James Robinson, dicen que la elefantiasis de los griegos viene casi siempre precedida de un estado general muy notable, caracterizado por una postracion, un abatimiento físico y moral, que á veces se convierte en idiotismo; y por el contrario Biett, Gibert y Cazenave creen que se encuentran estos prodromos rara vez. «En el mayor número de casos, dice este último, se desarrolla la enfermedad sin que el menor síntoma haya podido hacer sospechar su inminencia, y aun muchas veces está ya bastante adelantada cuando los enfermos se aperciben de ella como por casualidad, encontrándose, por ejemplo, con puntos insensibles, como embotados y de un color amarillento (*Dictionnaire de méd.*, t. XI, p. 251). Alibert cree que la debilidad general no se manifiesta sino cuando ha durado ya la enfermedad algun tiempo, pero que esta viene precedida á menudo de una fiebre, que llama *fiebre leprosa*, la cual se manifiesta por alternativas de frio y de calor, con un ardor picante, acompañado de hormigueo en la cara y aun en toda la superficie del cuerpo (loc. cit., p. 510).

»Muy luego se presentan en la cara, sobre todo en las orejas y en la nariz, mas rara vez en los miembros y en el tronco, y con menos frecuencia aun en todas las superficies del cuerpo á un mismo tiempo, unas manchas mas ó menos numerosas, anchas á irregulares, ó pequeñas y redondeadas como las chapas de la psoriasis guttata; mas negras que el resto de la piel en los negros, y en los blancos de color leonado ó rojizas, ó segun Alibert amarillas, parduscas ó *blancas*. Schilling se espresa de este modo: «Coloris mutatio duplex est, nam »vel rubræ nascuntur maculæ in pallidum vergentes, vel albæ, ad colorem flavum lividum »aut rubrum tendentes. In priore casu pili, qui »in parte affecta sunt, subflavi aut subrubri »apparent; in posteriori casu albi conspiciuntur. Insensibilitas etiam utrique communis est. »Atque nisi duo, quos dixi, caracteres conjuncti sint, lepra haberi et vocari nequit» (loco citato, p. 6). Estas manchas, que sobresalen ligeramente por encima de los tegumentos, son primero relucientes, como si estuviesen empapadas en aceite ó cubiertas con un barniz, y despues sucias y de color bronceado; á veces las acompaña desde el principio una ligera hinchazon como edematosa. Algunas de ellas tienen, segun Alibert, una *depresion central*, que seria de mucha importancia para el diagnóstico (loc. cit., p. 510); pero no hemos podido encontrar ningun otro autor que indique este caracter. En el mayor número de casos pierde la piel su sensibilidad en los puntos en que está alterado el color. Otras veces solo se halla embotada, y por último otras, aunque raras, se encuentra estraordinariamente exaltada en toda la superficie cutánea. «He oido á algunos enfermos, dice Cazenave, que cuando se les tocaba, aun en los sitios donde no tenian manchas, sentian un dolor que comparaban con el que produce la contusion del nervio cubital al darse un golpe en el codo.» Esta exaltacion de la sensibilidad es sin embargo de corta duracion: se manifiesta muy al principio, cuando la enfermedad se presenta con un caracter agudo; disminuye poco á poco, y desaparece con la rubicundez de la piel.

»Cuando la elefantiasis de los griegos empieza antes de la pubertad, dice Rayer, se detiene comunmente el desarrollo de la barba y de las partes genitales. En algunos sugetos se cubren de vello las axilas y el pubis, pero no brota la barba» (loc. cit., p. 54). Adams y Heberden insisten en la falta de desarrollo ó atrofia de los órganos genitales, que se observan segun que la enfermedad invade antes ó despues de la pubertad.

»*Segundo período.*—Al cabo de mas ó menos tiempo se desarrollan, ora espontáneamente, ora de un modo lento y progresivo, unos tumorcitos blandos, rojizos, lívidos, cuyo volumen varia desde el de un guisante hasta el de una nuez grande, y cuya aparicion caracteriza el principio del segundo período. Estos tubérculos, que unos residen en el dermis *(tubérculos dermoideos)*, y otros en el tejido celular subcutáneo *(tubérculos subcutáneos)*, se manifiestan á veces en todos los puntos invadidos por las manchas; pero por lo comun no ocupan sino una parte del cuerpo bastante circunscrita, y casi esclusivamente la cara. Cazenave y Schedel han visto tambien la erupcion limitada á la parte inferior de los muslos y á la region de los tobillos (loc. cit., p. 351). El tejido celular subcutáneo se hipertrofia ó se infiltra. En este grado puede todavia permanecer estacionaria la enfermedad por un espacio de tiempo muy variable, y en tal caso solo se ve un corto número de tubérculos esparcidos por varias partes. Pero por lo comun no tarda el mal en hacer progresos rápidos, dando á los enfermos un as-

pecto horroroso. Se desarrollan en toda la cara tumores nudosos, violáceos, informes; la piel de la frente se llena de tubérculos separados por arrugas transversales y profundas; los arcos superciliares estan hinchados, surcados por líneas oblicuas; se caen las cejas; la piel se viene encima de los ojos, empujada por los voluminosos tubérculos que se desarrollan en ella; los párpados se infiltran y pierden sus pestañas; las alas de la nariz y su punta estan aun mas alteradas que el resto de la cara, y las aberturas nasales deformes y dilatadas; las megillas estan abotagadas; los labios gruesos, relucientes, hinchados; los dientes cubiertos de un sarro negruzco; las orejas se ponen monstruosas, y la barba se ensancha y engruesa. Las membranas mucosas participan muy pronto de la enfermedad: se desarrollan tubérculos en la conjuntiva, que se pone abotagada y fofa, é igualmente salen tambien en la bóveda palatina, en la lengua, en el velo del paladar, la campanilla, en las amígdalas, en las fosas nasales, en la faringe y en la laringe; se debilita el olfato; y si, segun Rayer, la vista, el oido y el gusto permanecen ordinariamente intactos, tambien se los ve á menudo alterarse profundamente: la voz está apagada, ronca, y adquiere un caracter particular, del que han hablado todos los autores, y «hasta San Lucas, dice Gibert, porque hablando en su capítulo VIII de los diez leprosos que se aproximaron á N. S. J. C., dice que se los conoció inmediatamente por la voz» (loc. cit., p. 427). La venas superficiales se dilatan en la cara y debajo de la lengua; el tacto se embota y á veces se pervierte de un modo singular. Segun Alibert se observa principalmente la insensibilidad en los dedos pequeños de los pies y de las manos, ó desde las manos hasta los codos ó las axilas, y desde los pies hasta las ingles. «No es raro, dice este médico, que no sientan los enfermos si les clavan agujas en las pantorrillas y en los talones. He conocido á un hombre, que al apoyarse en sus pies no sentia la impresion del suelo, lo cual le hacia vacilar y caerse» (loc. cit., p. 512). Bateman cree que solo se pierde la sensibilidad en la variedad de elefantiasis descrita por Robinson (*elephantiasis anaisthetos*), y de que luego hablaremos (Bateman, *Abrégé prat. des mal. de la peau*, trad. de Bertrand; París, 1820, página 356).

»Ruette no admite como característica una insensibilidad, que segun él solo es esterior, y que por otra parte se manifiesta tambien en todas las enfermedades en que hay engrosamiento del epidermis ó formacion de costras ó escamas (loc. cit., p. 38).

»Cazenave por el contrario, cree que es siempre un caracter esencial de la elefantiasis de los griegos. Schilling, que con el nombre de *lepra* describe manifiestamente la elefantiasis de los griegos vulgar, se espresa asi acerca de este punto: «Atque ego quidem duos inveni caracȝteres certos et constantes: primus est mutatus »cutis color in ea corporis parte in qua malum »erumpit; alter insensibilitas partis affectæ, »quam greco nomine *anaesthesiam* appellant» (loc. cit., p. 5).

»Muchas veces, segun Casal, se pone toda la piel negra, gruesa, rugosa y como untuosa; se desarrollan tubérculos en los miembros en menor número que en la cara, y ocupan con particularidad la parte esterna y posterior del antebrazo, y casi nunca las manos, que estan hinchadas, violáceas y menos bronceadas que el resto del cuerpo. Algunas veces está la piel como momificada, pareciéndose los enfermos, segun la espresion de Guillemeau, á *manzanas asadas en rescoldo*. El espacio comprendido entre el talon y el metatarso está lleno de tejido celular hinchado, poniéndose el pie completamente plano; los tubérculos de la planta del pie estan aplastados, los de las nalgas son voluminosos. Adams y Kinnis han visto en la parte superior de los muslos, un poco mas abajo del ligamento de Poupart, unos tumores considerables, ovales, formados al parecer por el desarrollo y reunion de dos gánglios inguinales (*The cyclopedia of practical medicine*, vol. I, p. 711).

»A este período de la enfermedad se refiere aquel *livido inexplebilis* de que tanto se han ocupado los autores. Indicáronle vagamente Areteo y Aecio; le dió á conocer despues Nieburh; Vidal (*Mem. de soc. roy. de méd.*, t. I, p. 169) Joannis Bancroft (*Nat. hist. of Guiana*, p. 385) y otros autores han llegado á considerarle como casi constante. «Homines lepra »affecti, dice Schilling, tam in inicio quam in »progresu morbi ad res venereas mirabiliter in»citantur» (loc. cit., p. 34). Por otra parte Lawrence, Biett, Rayer, Cazenave y Gibert, no lo han observado nunca; en uno de los enfermos de Biett habia hasta falta completa de deseos venéreos (Cazenave, *Journ. hebdomad. de médecine;* abril, 1829): «En todos los casos que he podido observar, dice Bateman, ha producido la enfermedad un efecto diametralmente opuesto, destruyendo los deseos venéreos y los medios de satisfacerlos» (Bateman, loc. citato, p. 357). Pallas y Alibert han visto tambien leprosos, que tenian una aversion constante á los placeres de Venus, y Robinson asegura que este apetito se aumenta al principio, pero se estingue á medida que adelanta la enfermedad. Kinnis cree que por lo comun no sufre modificacion alguna (*The Cyclopedia*, etc., loc. cit.). Adams dice que el *livido inexplebilis* se manifiesta en los hombres á quienes ataca la elefantiasis despues de la pubertad, y que falta este síntoma en los que son invadidos antes de esta época. Se necesitan mas investigaciones estadísticas para decidir esta cuestion, no obstante que hay alguna razon para creer que no conducirian á ningun resultado decisivo, porque las modificaciones que pueda sufrir el apetito venéreo dependerán probablemente, no de la naturaleza de la enfermedad, sino de circunstan-

cias particulares, que pueden presentarse ó faltar.

«Es muy de notar, dice Cazenave, la poca relacion que existe entre la edad real del enfermo y la que parece tener; si tiene veinticinco años parece que son cincuenta, al ver tan claros sus cabellos y la depilacion mas ó menos completa de las cejas, de las pestañas y de la barba» (loc. cit., p. 253). Las alteraciones que esperimenta la cara dan á la fisonomia aquella espresion repugnante y terrible, que los antiguos designaron con los nombres de *leontiasis* y de *satiriasis;* «porque nadie duda que este último nombre procede mas bien de la comparacion establecida entre la figura del leproso y la del sátiro, que de la pretendida existencia del *livido inexplebilis* que la mayor parte de los escritores han admitido sin examen» (loc. cit., página 426).

»Schilling, que como hemos visto, habla de la frecuencia de este síntoma, sin decir sin embargo si le ha observado él mismo, opina de diferente modo: «Veteres græci, dice, lepræ »dederunt nomem *satyriasis*, quo non tantum »deformem satyri faciem, atque hircinum fœ»torem, sed etiam lividinosam leprosorum in»dolem denotare voluerunt» (loc. cit., p. 34).

»Respecto de la denominacion de leontiasis creen Areteo y Aecio que tuvo origen en el estado de flojedad y en las arrugas de la piel de la frente, que se parece en lo saliente y movible á la del leon. Segun Avicena provino del aspecto general de la cara, que se parece á la de este animal. Pero los escritores árabes le dan un origen muy diferente. La cara, dice Haly-Abbas, se ha llamado *leonina*, porque el blanco de los ojos se pone lívido, y porque estos órganos tienen una forma redondeada (Bateman, loc. cit., p. 357).

»En este segundo grado de la enfermedad todavia suele ser bastante bueno el estado general de los elefantiacos: estos desgraciados estan melancólicos, temerosos, negligentes y muy irritables; pero se conservan sus funciones digestivas, y su salud no se halla notablemente desarreglada.

»*Tercer período.*—Pasado un tiempo, por lo comun bastante largo, que algunas veces es de diez ó veinte años, en cuya época progresa poco la enfermedad (Schilling, loc. cit., p. 10), se inflaman los tubérculos de que acabamos de hablar, supuran y se abren; se forman úlceras con el fondo blando, lívido, elevadas por sus bordes, los cuales son duros, callosos y desiguales, y bañadas por un humor sanioso muy abundante, que se concreta en costras gruesas, negruzcas y adherentes: «Accedunt hinc inde »ulcera quasi à tertio ignis gradu facta, dice »Schilling, quæ densis crustris brevi labenti»bus et identidem renascentibus obteguntur» (loc. cit., p. 13); se hinchan los folículos mucosos, y se estienden las úlceras á las fosas nasales, á la lengua, á la bóveda del paladar, á las amigdalas, á la campanilla, que se desprende del todo algunas veces, á la faringe y á la laringe, acortando las cuerdas bucales, y aun ocasionando la caries de los cartílagos. Aparecen nuevos tubérculos en todas las partes del cuerpo, y principalmente en los pliegues de las articulaciones; los que no estan ulcerados se endurecen y adquieren un desarrollo estraordinario. «Los he visto en la frente de un hombre, dice Alibert, tan grandes como tetas de vaca» (loc. cit., p. 515). La conjuntiva hinchada forma un quemosis mas ó menos considerable; la córnea se adelgaza y se ulcera; el iris se inflama, y la pupila contrae adherencias y algunas veces se oblitera; fluye por las narices un moco abundante; se presenta un tialismo continuo, y la voz se estingue completamente. La mucosa digestiva se afecta entonces en toda su estension; se manifiesta una diarrea rebelde; sobreviene fiebre héctica; se dificulta la respiracion, y sucumben los enfermos en estado de marasmo: otras veces se observa por el contrario un estreñimiento pertinaz. «Ægri prætera »in hoc morbi statu obstructionibus alvi valde »obnoxii sunt, atque purgantium medicaminum »auxilio dificilime moventur» (Schilling, loco citato, p. 13).

»*Cuarto período.*—Por último, puede la enfermedad adquirir todavia mas gravedad, estendiéndose la alteracion á las partes subyacentes y cayéndose el cuerpo á pedazos.

»Este estado se marca principalmente en las manos, en los brazos y en las piernas; entonces *se consume la carne*, para valernos de una espresion de los autores antiguos; las fibras musculares desaparecen mas ó menos completamente; los tegumentos se arrugan como si se hubieran puesto al fuego, sufriendo un principio de combustion.... Llega una época en que sufre el enfermo las mas horribles mutilaciones: se encorvan los dedos de las manos y de los pies; se ponen rugosas las uñas, sale sangre cuando se las aprieta, y á veces se caen; otras forman grandes prominencias en las puntas de los dedos.... Las partes que estan animadas todavia por un resto de vida, se esfacelan; de modo que los enfermos mueren, digámoslo asi, por partes; sus miembros se desprenden á pedazos; una caries espantosa destruye las articulaciones y provoca la caida de las falanges; los dientes se salen de sus alveolos; la fiebre es devoradora, la diarrea colicuativa, y se declaran flujos sanguinolentos: el pulso se hace cada vez mas pequeño, la respiracion mas lenta, los enfermos llegan al último grado del marasmo, y mueren estenuados por los progresos de esta espantosa virulencia» (Alibert, loc. cit., p. 515).

»Curso, duracion, terminaciones.—Tales son los síntomas de una de las enfermedades mas horribles que pueden afligir á la humanidad. Para mayor claridad de la descripcion los hemos dividido en cuatro periodos, caracterizados por las manchas, los tubérculos, las úlceras y la gangrena; pero debemos añadir, que

no se suceden siempre con el orden que acabamos de indicar, ni es igual su curso en todos los casos. Segun hemos dicho, la elefantiasis de los griegos se manifiesta á veces bajo la forma aguda, y sigue un curso rápido, que no permite distinguir sus dos primeros periodos (*elefantiasis por fluxion* de Th. Heberden). «Parece, dice Cazenave, que los tubérculos no vienen siempre y necesariamente precedidos de las manchas de la piel: tal ha sucedido por lo menos en ciertos casos en que se han desarrollado espontáneamente muchos tubérculos, á no ser que entonces la rapidez del curso de la enfermedad haya impedido observar los dos estados sucesivos de manchas y de tubérculos» (loc. cit., p. 253). En el mayor número de casos el curso de la lepra tuberculosa es lento, apirético, crónico y regular, aunque con períodos separados por intervalos muy variables. El primero de estos sobre todo puede prolongarse mucho tiempo, presentándose las manchas de una en una (*elefantiasis por congestion* de Th. Heberden). Puede limitarse el mal, segun hemos dicho, por meses y aun años enteros, á una ó dos manchas leonadas, persistentes, indelebles, en la parte interna é inferior de las piernas» (Cazenave, loco citato, p. 252). El desarrollo de los tubérculos es igualmente muy variable: ora se forman rápidamente y en gran número, y la enfermedad no tarda en llegar á un alto grado de intension; ora pasan muchos años entre la aparicion de los primeros tumores y la de los siguientes, y la afeccion permanece mucho tiempo limitada á un corto número de tubérculos esparcidos por varias partes. El periodo de inflamacion y de ulceracion no sobreviene ordinariamente hasta pasados muchos años, y puede tambien ser muy lento. Por último, el cuarto período falta muy á menudo completamente, sucumbiendo los enfermos á consecuencia de las ulceraciones que se desarrollan en las membranas mucosas, y especialmente en la de los intestinos.

»La duracion de la elefantiasis es casi siempre muy larga. «Puede ser indefinida mientras no pase la enfermedad del estado de manchas, ó cuando solo hay pocos tubérculos. Aunque haya progresado el mal en términos de constituir una afeccion horrorosa y repugnante, todavia puede tener una duracion que al parecer esté lejos de hallarse en armonia con su gravedad» (Cazenave, loc. cit., p. 255). Rayer ha observado que los sugetos atacados antes de la pubertad mueren por lo comun antes de los veinte ó veinticinco años, y los que han contraido el mal en la edad adulta pueden arrastrar por mucho tiempo una existencia penosa. Biett ha visto un sugeto, que tenia la elefantiasis hacia veinte años, y conservaba todavia en buen estado su salud general.

»La elefantiasis de los griegos puede terminar por la curacion, ora desapareciendo las manchas poco á poco, ora resolviéndose los tubérculos inflamados, ora en fin cicatrizándose las úlceras que los remplazan. Desgraciadamente es muy raro este éxito favorable, y si en alguna ocasion desaparece la enfermedad, sobre todo cuando es la primera vez que se manifiesta, vuelve á presentarse casi siempre al cabo de cierto tiempo con mayor gravedad que antes, y conduce al enfermo á una muerte lenta, pero cierta. «Enim vero interdum fit, ut »ulcera vel sponte vel applicatis levibus reme»diis, sanentur, sed brevi post denuo erum»punt, atque latius serpunt, quin etiam in aliis »corporis partibus nova prodeunt» (Schilling, loc. cit., p. 13).

»Diagnóstico.—El diagnóstico de la elefantiasis de los griegos solo puede ofrecer alguna dificultad en los primeros períodos de la enfermedad. «Sane sicut facile est, dice Schilling, hunc morbum agnoscere et ab aliis distinguere, ubi jam pervenit ad altiorem gradum, ita contra perdifficile est ejus principium cognoscere, et prima pullulantis mali signa observare» (loc. cit., p. 3). Efectivamente puede muy bien un médico inesperto no dar mucha importancia á la presencia de algunas manchas en la piel, y desconocer de este modo una enfermedad que tanto importa combatir desde el principio: «Es tanto mas fácil engañarse acerca del verdadero caracter de estas manchas, dice Alibert, cuanto que la mayor parte se parecen á los efelides comunes que acompañan á los infartos de las vísceras abdominales. Los médicos poco ejercitados se equivocan ordinariamente refiriéndolas á un vicio herpético ó escorbútico.» Este médico da por caracter distintivo la depresion central que hemos indicado con referencia á él. «Si es imposible anunciar desde luego la existencia de la lepra por la aparicion de manchas que nada tengan de particular, no sucede lo mismo con las que ofrecen una depresion central, como observa muy bien el doctor Chalupt en su viage á la Desirade. Efectivamente, cuando se encuentra este caracter se puede predecir casi con certeza la enfermedad que va á desarrollarse» (loc. cit., p. 510). Sin negar el valor de este caracter, creemos que su existencia no es constante, puesto que ningun otro autor le ha podido observar hasta ahora, y damos mas importancia á la insensibilidad que uno de nosotros ha tenido ocasion de comprobar muchas veces, y que puede mirarse como constante: «Ergo in primis, dice Schilling, insensibilitas partis affectæ tanquam signum certius et vere patognomonicum consideranda» (loc. cit., p. 7). Cazenave insiste tambien en este medio de diagnóstico: «Uno de los caractéres mas importantes, dice, es la insensibilidad de las manchas, la cual existe en el mayor número de casos.... Al principio del mal es un medio precioso de diagnóstico, por el cual he visto tres ó cuatro veces á Biett conocer una elefantiasis incipiente y sostener con tenacidad un juicio, que algunos meses despues confirmó desgraciadamente la esperiencia» (loc. cit., página 252). Schilling observa tambien con ra-

zon, que importa no alucinarse por el estado estacionario en que pueden mantenerse mas ó menos tiempo las manchas. «Neque tamen »etiamsi lente crescunt maculæ, aut prorsus »insistunt, non esse lepram pronunciet. Nam »fieri interdum solet, ut integro anni curricu»lo vix unam lineam augeantur, et tamen lati»tans miasma incrementum quasi cum ipso »corpore capiat, et subito deinde erumpens, »solito celerius atque latius serpat» (loc. cit., pág. 8).

»La falta de prurito y de descamacion distingue estas manchas de las de la pitiriasis versicolor, y solo una confusion en la nomenclatura podria hacer confundir la elefantiasis con la *lepra vulgar*. «Las circunstancias conmemorativas, dice Gibert, ayudarán poderosamente en nuestras clínicas á establecer el diagnóstico; puesto que hasta ahora no se ha oido nunca que esta enfermedad deje de tener un origen exótico» (loc. cit., p. 434). Muy pronto examinaremos hasta qué punto es fundada esta asercion.

»En el segundo período no hay equivocacion posible, sino con el lupus, la sifílides tuberculosa y el cáncer cutáneo; pero la caida del pelo, el volumen, el color, la blandura de los tubérculos, su desarrollo en las membranas mucosas, la presencia simultánea de manchas, etc., no permiten desconocer largo tiempo los caractéres que dan á la elefantiasis de los griegos una fisonomía tan marcada. La elefantiasis de los árabes se diferencia tanto de la lepra tuberculosa, que seria supérfluo esponer aqui las consideraciones en que se funda su diagnóstico diferencial.

»En el tercer período bastará recordar, para evitar cualquier error, que las úlceras de la elefantiasis son lisas, superficiales, irregulares, y colocadas en el vértice de tumores blandos; mientras que las sifilíticas son circulares, parduzcas, escavadas, y con los bordes cortados verticalmente. Los síntomas conmemorativos y coexistentes son ademas muy significativos en este caso. Por último en el cuarto período, cuando existe, es imposible desconocer la enfermedad.

»Pronóstico.—«El pronóstico de la lepra tuberculosa, dice Gibert, es muy fatal, porque hasta el dia no cuenta el arte ningun caso bien averiguado de curacion» (loc. cit., p. 444). Rayer cree tambien, que á pesar de lo que se han alabado ciertos medicamentos, casi todos los hechos bien observados propenden á demostrar la incurabilidad de esta afeccion (loc. cit. página 63). Cazenave, por el contrario, fundado en algunos casos observados en la clínica de Biett en el hospital de San Luis, cree que se puede esperar racionalmente detener el curso de la elefantiasis de los griegos, cuando se acude á combatirla muy desde el principio, ó aunque haya llegado á un período adelantado, si permanece limitada á un region mas ó menos circunscrita, como por ejemplo á la cara (loco citato, p. 259). No es fácil comprender los motivos que habrá tenido Plenk para formular una opinion enteramente opuesta: «Facilius sanatur »lepra, dice, quæ totum corpus, quam quæ so»lam partem afficit» (loc. cit., p. 69).

»Antes de decidir acerca del resultado de la enfermedad, es preciso averiguar en qué estado se encuentran las vias digestivas; y ya se concibe que cuando este se oponga á la administracion de ciertos remedios internos, debe ser mas fatal el pronóstico.

»En resumen, el pronóstico de la lepra tuberculosa es siempre muy grave respecto de la terminacion de la enfermedad; pero puede mirarse como favorable en cuanto á su duracion, que como hemos dicho es ordinariamente muy larga.

»Variedades.—Algunos autores han descrito con el nombre de *leuce* una afeccion, que han considerado como la verdadera lepra de los antiguos, y á la cual, por consiguiente, han colocado con separacion en el cuadro de las enfermedades cutáneas. Otros, por el contrario, y entre ellos Winterbottom, Robinson y Bateman (loc. cit., p. 366-367), solo ven en el *leuce* esa variedad de la elefantiasis de los griegos, que Robinson ha descrito particularmente con mucho cuidado, que ha recibido el nombre de *anaistetos*, y que está caracterizada por manchas, que carecen enteramente de sensibilidad y que presentan aquel color blanco que Alibert y Schilling han dicho encontrarse algunas veces en la misma elefantiasis vulgar. Al hablar de la *lepra* hemos espuesto los motivos que nos han obligado á adoptar esta última opinion, que Cazenave nos ha dicho ser tambien la suya; y como sobre este punto solo hemos de ser historiadores, tomaremos de Bateman la descripcion siguiente:

»Una memoria bien escrita, dice este dermatólogo, que me ha enviado Robinson, práctico distinguido de la India, me ha probado que el leuce ó baras y la elefantiasis tuberculosa ó *juzam* no son sino dos grados de una misma afeccion morbosa. Hé aquí los caractéres y el curso de la lepra blanca: se presentan ordinariamente en la piel de las manos ó de los pies, y algunas veces en el tronco ó en la cara, una ó dos manchas cuyo color es menos marcado que el de las partes inmediatas. La piel no está levantada ni deprimida, pero sí cubierta de arrugas y de surcos profundos; se nota en los puntos enfermos una insensibilidad tan completa, que se puede penetrar hasta los músculos con hierros candentes sin que el enfermo sienta el menor dolor. Las manchas se estienden lentamente, hasta que la piel de las piernas y de los brazos, y despues la de todo el cuerpo, queda totalmente privada de sensibilidad. En las partes que padecen de este modo no hay ni transpiracion, ni picor, ni dolor, y sí solo algunas veces un poco de hinchazon. Al cabo de un espacio de tiempo variable, se pone el pulso muy lento y blando sin ser pequeño; hay mucho es-

treñimiento; los dedos de los pies y de las manos estan entorpecidos, rígidos, como helados, y casi no pueden ejecutar sus movimientos. Las plantas de los pies y las palmas de las manos estan duras, secas y cubiertas de grietas; fórmase debajo de las uñas de los dedos de las manos una sustancia furfurácea que las levanta, viniendo luego á ser absorvida y producir un estado de ulceracion. Hasta este momento los dolores son nulos ó poco vivos. No tardan en formarse úlceras debajo de las articulaciones de los dedos de las manos con el metacarpo y de los de los pies con el metatarso. Á este estado no preceden dolor, tumor, ni supuracion, sino probablemente una simple absorcion que se verifica por los tegumentos, de los cuales se desprenden sucesivamente capas del diámetro como de media pulgada. Fluye de estas partes una materia saniosa; los músculos se ponen pálidos, se reblandecen y casi se desorganizan; las articulaciones enferman cada vez mas, y se desprenden por último las estremidades. Entonces se curan las úlceras que se habian manifestado, y se van afectando unas despues de otras las articulaciones. Cada año progresa mas la enfermedad mutilando de nuevo alguna parte. Asi se van privando los miembros poco á poco de todas sus estremidades, hasta el punto de no servir para nada al enfermo, y sin embargo aun no llega la muerte á poner término á sus padecimientos, y se muere en cierto modo á pedazos, pero sin dejar de comer con una especie de voracidad cuantos alimentos puede procurarse. Privado de sus miembros llega á viejo, hasta que sucumbe á consecuencia de una diarrea ó disenteria, que no puede resistir por la debilidad de su constitucion. Por lo demas la enfermedad permanece limitada á las articulaciones y á los huesos de los pies y de las manos» (Bateman, loc. cit., p. 366 y 372).

»Alibert que ha descrito esta variedad con el nombre de *leuce*, y que cree es la lepra de los antiguos, dice haberla observado muchas veces; pero á lo que puede colegirse por su descripcion, que es bastante vaga, parece que solo ha visto la enfermedad en su primer período. Manifiéstanse, dice, manchas de un color blanquecino ó pardo ceniciento, á veces blanco verdoso con un matiz amarillo, en ocasiones irregulares, ordinariamente circulares y rodeadas de una aureola inflamada, rojiza, que no sobresalen del nivel de los tegumentos, y que una vez desarrolladas del todo, se oscurecen, se ponen negras, se arrugan y deprimen. La aureola se conserva algun tiempo; pero la parte enferma pierde absolutamente su sensibilidad. Por último, las manchas adquieren una consistencia dura, coriácea, escamosa y se borra la aureola (loc. cit., p. 485).

»Es digno de notarse que en la disertacion de Schilling relativa á la elefantiasis de los griegos se encuentra una descripcion esacta de la variedad que nos ocupa, y tan conforme con la que ha hecho Robinson, que pudiera creerse que no son estrañas una á otra: «Imprimis digitos manuum hac lue affectos sæpe vidimus, »dice Schilling, nascuntur scilicet sub unguibus vesiculæ, apices digitorum crassescunt, »et sensum amittunt; serpit malum de prima »in alteram falangem, nullum omnino dolorem excitans; conduntur aliquando sub tumore progrediente digitorum apices, jamque »ossicula sine dolore et levi opera eximi possunt, »vel etiam sponte delabuntur. Observavi interdum in uno tantum digito hujusmodi corruptionem diu extitisse, antequam in alium »transierit.... Qui vero in tantam desparationem non adiguntur, illis membra unum post »alterum dissoluta cadunt; et quamquam apertæ à lapsis membris plagæ nonnunquam consolidantur, tamen malum recrudescit brevi »post aliis in locis.... Omnique sensu carent, »non tantum extus, sed intus etiam adeo ut »ipsum periosteum, in quo secundum naturam »exquisititissimus sensus esse solet, ne minimam ejus notam præbeat» (loc. cit., p. 12).

»Tenemos, pues, que en esta variedad de la elefantiasis de los griegos no existe el período tuberculoso; las manchas desorganizan profundamente los tegumentos y las partes subyacentes, atacan un sitio especial, y van inmediatamente seguidas de úlceras que dan lugar á la gangrena y á la caries.

»Alibert ha formado el cuarto género de su sesto grupo (*Dermatosis leprosas*) con una afeccion á la cual ha dado el nombre de *radesige*. Pero aunque José Franck no nos enseñase que la elefantiasis ha recibido este nombre en Escandinavia (*Prax.*, t. II, p. 317, en *Encyclop. des sc. méd.*), bastaria leer la descripcion del dermatólogo francés, para convencerse de que la radesige no es en efecto mas que otra variedad de la lepra tuberculosa. La descripcion de Hinfeld y de Hubner contribuye igualmente á hacer prevalecer esta opinion (*Gaz. méd.*, 1837, t. V, p. 556).

»En este caso se anuncia ordinariamente la enfermedad por prodromos mas ó menos característicos: tienen los pacientes una pereza invencible, disnea al menor ejercicio y dolores de cabeza; el rostro ora presenta una palidez particular como plateada, ora un rojo lívido; las ventanas de la nariz estan obstruidas por mucosidades, la voz ronca, la campanilla relajada; se sienten dolores vagos á lo largo de los miembros y estan rígidas todas las articulaciones. Al cabo de algun tiempo, que varia desde algunos meses hasta muchos años, aparecen manchas irregulares, blancas ó amarillas, en el pecho, cuello, frente y en la region abdominal: unas no esceden del nivel de los tegumentos; otras sobresalen por sus bordes, y sobre todo hay algunas que carecen absolutamente de sensibilidad. Al principio estan aisladas, distantes entre sí; pero luego se reunen y cubren todo el cuerpo. Mas adelante se desarrollan los tubérculos, que son despues reemplazados por

úlceras, y entonces ya no se diferencia la afeccion de la lepra tuberculosa vulgar. A veces se complica con el escorbuto ó con una erupcion parecida á la sarna y que ocasiona un prurito insoportable (*radesige scabiosa*, Alibert loc. cit., p. 542 y siguientes).

»Alibert ha descrito tambien en el segundo género de su sesto grupo con el nombre de *spiloplaxia* una afeccion, que como la radesige, es evidentemente otra variedad de la elefantiasis de los griegos. Establece tres especies: la spiloplaxia vulgar, la spiloplaxia escorbútica y la spiloplaxia indiana; y da este último nombre «á la lepra descrita por Robinson» y que nosotros hemos referido al leuce: las dos primeras especies no son tampoco sino modificaciones, diferentes grados ó complicaciones, de esta misma variedad de la lepra tuberculosa.

»Complicaciones.—Por mas que diga Rayer, la observacion demuestra que la elefantiasis de los griegos se complica frecuentemente, sobre todo en sus últimos períodos, con afecciones gastro-intestinales, aunque no se la haya combatido con el *uso prolongado de los purgantes ó de las preparaciones arsenicales*, y aun ellas son las que mas comunmente conducen á los enfermos al marasmo y á la muerte: tampoco es raro que sobrevengan iritis y conjuntivitis. Biett no cree que la tisis pulmonal esté, como piensan algunos autores, esencialmente enlazada con la elefantiasis, y efectivamente no es tan constante su existencia que pueda formarse otra opinion. Fundándose Pinel en las observaciones de Ruette, dice que la lepra de los griegos puede complicarse con la elefantiasis de Rhasis (*Nosog. philos.*, t. III, p. 398); pero Ruette confundió manifiestamente ambas enfermedades en sus descripciones, que son bastante oscuras, y esta complicacion, dado caso que exista, debe ser muy rara, porque ningun otro autor la ha observado. No obstante, el doctor Marchand de Nantes la ha visto una vez (*Gaz. méd.*, 1837, t. V. p. 262).

»Etiologia.—*Contagio.*—«Superfluum videri »posset, dice Schilling, de contagio lepræ dis»putare, de quo nemo fere dubitat... Stat igitur »sententia contagiosum esse lepræ virus, atque »de parentibus in liberos, de nutricibus in »alumnos, de conjuge in conjugem transire, »quin etiam persuasum habeo ex diuturno con»tubernio absque intima illa corporum miscela »per spiritum oris, et hircina ulcerum effluvia »hanc luem cum aliis comunicare.» La verdad que tan incontestable parecia á Schilling y que habian admitido tambien Areteo, Cullen y otros autores antiguos, ha encontrado en nuestra época muchos incrédulos. Todos los autores modernos convienen en que esta afeccion no se trasmite del hombre enfermo al sano, á escepcion de Pinel, que sin apoyar su opinion en ningun hecho, proclamó el contagio de la lepra tuberculosa (loc. cit., p. 400), y Plenck que dice, hablando de ella: «Contrahitur à »parentibus, et per ubera, coitum, habitum, »et sudorem subjecti morbosi: etiam domicilia »infecta aliis sunt contagiosa» (loc. cit., página 69). Fernelio (*De morb. occult.*, lib. I, cap. XII), y Foresto (*Obs. chirurg.*, lib. IV, observacion VII), sin atreverse á combatir una opinion generalmente admitida en su tiempo, habian manifestado ya su admiracion de que los leprosos de los lazaretos tuvieran relaciones diarias con individuos sanos sin que la enfermedad se propagase de unos á otros, y Vidal, que vió á un leproso cohabitar durante muchos años con su mujer sin comunicarle su mal, proclamó abiertamente el principio de que no existia tal contagio (*Recherch. et obs. sur la lépre de Martigues*; en *Mém. de la soc. roy. de méd.*, t. 1, p. 169): Heberden observó muchos ejemplos análogos en Madera, y declaró «que nunca habia oido decir que el contacto de un leproso hubiese comunicado la enfermedad á un solo sugeto.» Adams observa que ninguno de los enfermeros del lazareto de Funchal habia sido atacado nunca de este mal, y que permanecian los leprosos en sus casas años enteros sin comunicar la enfermedad á sus familias (*Observ. on the morbid. poisons*, cap. XVIII). En Francia Alibert, Biett, Cazenave y Rayer, no han podido comprobar un solo ejemplo de contagio: «Un discípulo mio, dice Rayer, Raisin hijo, se ha puesto muchas veces y por espacio de muchos dias en diferentes ocasiones los vestidos de un elefantiaco, sin que haya tenido el menor desarreglo en su salud.» Reasumiendo, el mejor modo de presentar la cuestion es repetir con Gibert. «Parece que el caso poca ó ninguna duda ofrece en nuestros climas; cuando mas pudieramos abstenernos en el dia de dar nuestra opinion acerca de la cuestion del contagio en los trópicos, en los paises calientes donde es endémica la elefantiasis (loc. cit., p. 414).

»*Herencia.*—Aunque Biett, Cazenave y Rayer, hayan visto muchas mujeres atacadas de la elefantiasis de los griegos dar á luz criaturas sanas y que luego no la padecian, no parece sin embargo que se deba poner en duda la trasmision hereditaria de esta enfermedad. Alibert la ha comprobado de un modo positivo; Adams y Th. Heberden creen que hasta puede estenderse á muchas generaciones, y esta opinion ha servido para esplicar la existencia de la lepra tuberculosa en nuestros climas.

»*El temperamento* bilioso predispone particularmente, segun Cazenave, á la elefantiasis; Soares de Meirelles asegura que en el Brasil, de cien individuos atacados de esta enfermedad, noventa tienen un temperamento sanguíneo ó bilioso-sanguíneo (*Diss. sur de l'elephant.*; Paris, 1827).

»*Edad.*—La lepra tuberculosa no parece haberse observado en la primera infancia (Billard, *Traité des mal. des enfants*); pero sin embargo está demostrado por numerosos datos que se desarrolla con preferencia antes de la pubertad.

»*El sexo* masculino es atacado con mucha

mas frecuencia que el femenino: entre los noventa y nueve enfermos recibidos en el lazareto de Funchal, habia segun Adams quinientos veinte y seis hombres, y en los casos observados por Biett y Cazenave correspondian á estos las dos terceras partes.

»*Endemia.*—La elefantiasis de los griegos parece haber tenido su origen en Egipto, y su aparicion se pierde en la oscuridad de los tiempos: «Lepram inter Arabes et Ægyptios familiarem olim fuisse, et hodie adhuc esse, »constat, dice Schilling. Inde paulatim mana»vit ad vicinos populos; infecitque in primis »Abissiniam et Æthiopiam in quibus regionibus »cœli, aeris et soli temperatura haud dissimilis »est Arabiæ; et hunc cum mancipiis africanis »in Americam pervenisse videtur... Ende»mium Americæ morbum fuisse non puto. »Nam licet hodie ipsi Aborigines eo passim la»borent, sunt tamen integræ gentes ab eo prorsus immunes; atque in iliis etiam tribubus, »quas jam attigit, eos tantum infectos esse de»prehendimus, qui cum Æthiopibus corpora »sua miscent aliarumve rerum commercio jun»guntur» (loc. cit., p. 16). Limitada la lepra tuberculosa durante siglos enteros á estos paises, á la Siria y á las Indias orientales, apareció por primera vez en Europa en el siglo que precedió á la era cristiana, é invadió la Italia, segun Plinio, hácia el tiempo de Pompeyo. Pero «esta enfermedad trasplantada á una tierra estraña no pudo echar en ella raices, y no tardó en perecer. En la época de Celso, bastante próxima á la de Asclepiades, apenas se encontraban ejemplos de ella» (Dezeimeris, *Dict. de méd.*, t. XI, p. 269). Hácia el año 644 se manifestó entre los lombardos; en el siglo VIII apareció en Francia, y cuatrocientos años despues invadió toda la Europa con una violencia inaudita. «Puede formarse una idea, dice Dezeimeris (loc. cit., p. 274), del espantoso número de leprosos en el siglo IX, por el de lazaretos que habia. Mateo Paris dice en su historia, que por los años de 1244 existian diez y nueve mil en toda la cristiandad. Y no hay error ó falsa interpretacion en este número, como se ha supuesto; porque solo en Francia un poco antes de esta época se contaban dos mil, como lo prueba un articulo del testamento de Luis VIII.» Sin embargo, despues de haber ejercido la lepra sus horrorosos estragos durante muchos años, acabó por estinguirse en Europa. Tomamos tambien del escelente artículo *histórico* de Dezeimeris la esposicion de las causas que produjeron su estincion. «La aficion á las peregrinaciones desapareció con la mania de las cruzadas; los judios y los moros de España, confinados á Levante ó á las costas de Berberia, dejaron de esparcirla por el resto de Europa; y por último, desde que Vasco de Gama dobló el Cabo de Buena-Esperanza, y descubrió un camino para hacer el comercio de las Indias orientales por el Océano, tuvo la Europa relaciones menos directas con Levante, donde estaba el foco de la enfermedad, y los comerciantes dejaron de viajar por Egipto, por Siria y por Persia, de donde les acontecia tan á menudo traer preciosas mercancias y una enfermedad funesta» (loc. cit., p. 274). Desde esta época la elefantiasis de los griegos muy rara vez se ha manifestado en Europa, y casi siempre en individuos que traian el gérmen de la enfermedad de los paises ecuatoriales. Es dudoso que sea esta afeccion la que observaron Fodéré y Valentin en Vitrolles y en las Martigas y Delpech en el Rosellon, y por otra parte aun alli podria atribuírsele el mismo origen. Para encontrar la lepra tuberculosa con su frecuencia y su intension primitivas, hay que ir á buscarla al Asia menor, á la Abisinia, á Egipto, á Madera, á Sumatra, á Ceilan, á la India, á Calcuta, á Cayena, á las Antillas, á Santo Domingo, á la Martinica, á la Nueva Orleans, á Borbon, á la Isla de Francia y á Madagascar. En estos puntos es donde la han estudiado Adams, Heberden, Robinson y Ainsley. Si pues se considera que la elefantiasis de los griegos es endémica en los paises que acabamos de citar, y que su existencia en Europa debe atribuirse, ora á una trasmision hereditaria, ora á las emigraciones, nos inclinaremos á concluir con Rayer «que una temperatura elevada, juntamente con la humedad y con las frecuentes variaciones atmosféricas, son condiciones necesarias, ó por lo menos muy favorables á su desarrollo.» Tambien podrán considerarse como causas predisponentes mas ó menos poderosas, el habitar en sitios bajos y húmedos, en las inmediaciones de los pantanos, de aguas estancadas, de pudrideros, de ciertos efluvios, etc.

»Tienen los alimentos alguna influencia en el desarrollo de la lepra tuberculosa? Los autores se la han concedido al uso de carnes saladas, de la de cerdo, de pescados salados y al abuso de los alcohólicos: «In Alexandria, »dice Galeno, quidem elephantis morbo pluri»mi corripiuntur, propter victus modum et »regionis fervorem. At in Germania et Mysia »rarissima hæc affectio videtur, etaqud Scythas »lactis potatores nunquam fere apparuit. In »Alexandria vero plurimum generatur ex vic»tus ratione. Comedunt enim farinam elixatam »et lentem, et cochleas, et multa salsamenta, »et nonnulli ex ipsis carnes asininas, et alia »quædam, quæ crassum et atræ bilis humo»rem generant.» (*De arte curativa ad Glauconem*, libro II, cap. II).

»Schilling da menos importancia á la naturaleza de los alimentos que á su estado de putridez y á los insectos que en ellos se depositan... «Etenim corruptis carnibus et semipu»tridis piscibus copiose vescuntur... Quæ qui»dem non modo per se, cum putrida fere sint, »nocent, sed magis eo, quoniam qui vendunt »has carnes et pisces, ut minus fœtant, libere »aeri exponere solent. Ita fit, ut olor aliquan»tum temperetur, sed patent insectis, quæ in

»calida ista regione incredibili numero sunt, »atque suis ovis et excrementis illa conspur- »cant» (loc. cit., p. 18). ¿Tendrán mas importancia las grandes fatigas y las afecciones morales vivas? «Neque omittenda est Venus» dice tambien Schilling.

»Fácil es ver que se halla lejos de estar bien averiguada la accion de estas diferentes causas, y que la principal consiste en cierto estado general, cierta predisposicion especial, cuya naturaleza ignoramos. Esta verdad, reconocida por Cazenave, no se habia ocultado tampoco á Schilling. «Quantum ego, dice, in producenda »lepra efficaciæ tribuam aeri, cibo et potui è »præcedente articulo intelligitur. Neque ta- »men negaverim, peculiarem esse materiam et »quasi virus quoddam, sine quo vera lepra non »praducatur. Hoc autem virus, cujusnam in- »genii sit, acidum an alcalicum, urino- »sum, an muriaticum? Num potius é di- »versis acrimoniis mixtum? Definiri posse vix »putem.»

»Tratamiento.—*Modificadores higiénicos.*— «Primo igitur medici cura sit, dice Schilling, »ut animum ægri præparet ad satis longam »patientiam, instruatque præceptis diæteticis. »Quo circa bonum est, ut difficultatem cura- »tionis minime dissimulet, et serio moneat de »malis sequelis quæ errores in diæta commissos »excipere solent, omnemque sanationis spem »interdum auferunt... Atque hanc sui officii »partem, ut accuratius peragere possit, ne- »cese est diligenter inquirat in vitam ante »actam et regimen, cui æger adsuetus fuit. »Victus autem ratio talis sit, ut æger per tres »continuos menses ab omnibus carnium et pis- »cium generibus abstineat, et nihil præter pa- »nem et olera atque ex bonis carnibus parata »juscula, in cibum assumat. Butyrum, caseus »et lacticinia parce concedenda, et à lacte qui- »dem in principio curæ, quamdiu scilicet alvus »obstructa est, omnino abstinere præstat; post- »quam vero ad naturalem modum rediit, con- »cedi potest» (loc. cit., p. 37). Areteo no habia dado mucha importancia á los medios dietéticos é higiénicos: prescribia un alimento tónico y de fácil digestion; los vegetales frescos y antiescorbúticos, las frutas y las aves; queria que los leprosos se bañasen con frecuencia, tuviesen sus vestidos muy limpios y se entregasen á ejercicios corporales. Algunos autores han atribuido una virtud, por decirlo asi específica, al caldo y á las carnes de tortuga, de víbora y de lagarto; pero hasta ahora nada autoriza á creer que tengan una accion diferente de la de las demas carnes blancas. Cuando nace un niño de una madre afectada de elefantiasis, es preciso alejarle de las probabilidades de la trasmision hereditaria, dándole á criar á una nodriza sana. Háse considerado como un medio poderoso el huir del pais natal. «Muchos sugetos se alivian, dice Gibert, cuando dejan el pais en que reina la elefantiasis, para ir á habitar en climas mas templados y mas sanos» (loc. cit., p. 438). Cazenave cree que ante todo hay que apresurarse á dejar el pais donde se ha contraido la enfermedad. Sin embargo, Rayer observa que muchos individuos atacados de la elefantiasis en las regiones ecuatoriales, han vuelto á Francia ó á Inglaterra sin conseguir el menor alivio. Por último, es necesario cuidar de la parte moral de los enfermos, y sin disimularles la gravedad de su afeccion, sostener su valor y apartarlos de la desesperacion que muchas veces se apodera de estos desgraciados. «La mayor parte de las enfermedades leprosas que reinaban antiguamente, dice Alibert, solo estaban producidas por la ignorancia de las reglas higiénicas, por la escasez de ropas blancas y la falta de baños, etc.» (loc. cit., p. 536). No debe perderse de vista que hay en esto algo de cierto, recordando que las influencias higiénicas tienen mucha importancia en el tratamiento de la elefantiasis de los griegos.

Modificadores farmacéuticos. — La necesidad de dirigir contra la lepra tuberculosa una medicacion enérgica, y de modificar toda la economia, fue ya conocida por los primeros autores que tuvieron ocasion de observar esta enfermedad. «Morbis, quibus dissolvantur, dice Areteo, »majora esse remedia opus est. Sed quænam »medela excogitari poterit, quæ elephantiasim, »tam ingens malum expugnare digna sit? Ne- »que enim in parte una aut viscere uno inhæ- »rescit, neque aut intus duntaxat labes occuli- »tur, aut extra prorrumpit; sed et in penetra- »libus totum hominem occupat, et externis to- »tum amplectitur.» Pero la oscuridad que todavia rodea la patogenia de la elefantiasis apenas ha permitido establecer una terapéutica racional, y la mayor parte de las medicaciones de que vamos á hablar son debidas al empirismo.

»Areteo, Galeno y Aecio, que atribuian la enfermedad á una alteracion de la sangre, aconsejan sangrar abundantemente al principio del mal; mientras que Schilling solo recurre á la flebotomia, despues de haber sometido por tres meses á sus enfermos á un tratamiento enérgico, y aun entonces con el solo objeto de asegurarse por la inspeccion de la sangre de si se ha verificado ya la curacion. «Remediis quæ hactenus »exposui, per trimestre circiter spatium adhibi- »tis, convenit venam secari, et aliquid sangui- »nis, pro ratione virium educi, eo præsertim »consilio, ut de præsenti humorum conditione »accuratius juditium fieri queat. Observavi au- »tem sæpissime, sanguinem in hac periodo mis- »sum pest brevem statum contegi crusta visci- »da, tenacem gelatinam referente, coloris viri- »dis, simulque in insulam et serum secedere, »quod in principio curæ non facit» (loc. cit., p. 44). J. Frank (loc. cit., p. 332) aconseja el uso de sanguijuelas al ano cuando la existencia de hemorroides parece reclamarlas, ó la aplicacion de ventosas escarificadas en la piel al principio de la enfermedad. En el dia se han desterrado las emisiones sanguíneas del tratamiento

de la elefantiasis, á menos que las indique imperiosamente el estado pletórico del sugeto ó alguna complicacion flegmásica.

»Hánse alabado mucho gran número de plantas aromáticas, depurativas, amargas, sudoríficas, como la dulcamara, el guayaco, la coclearia y el dafne mezereum. T. Heberden dice que la china obra con mucha eficacia, y se ha alabado sobre todo la zarzaparrilla. Alibert refiere muchos ejemplos de curaciones obtenidas con el uso simultáneo del cocimiento de bardana y de raiz de paciencia, de vino de quina, de jarabe de zarzaparrilla y de estracto de fumaria, y con el de un jarabe compuesto de sasafras, de guayaco, de zarzaparrilla y de china (loc. cit., p. 537). El *madar*, preconizado hace ya mucho tiempo bajo el nombre de *asclepias gigantea* (*Transact. de la soc. méd de Calcuta*, t. I, p. 77), se ha empleado de nuevo con buen éxito por Casanova (*Essai sur le madar*; Calcuta, en 8.°, 1833, trad. de Richy), Playfair y Robinson. Esta planta, que goza de propiedades eméticas bastante marcadas, es, asociada con el opio, un sudorífico poderoso; Casanova da á sus enfermos seis granos diarios; Robinson agrega al madar los calomelanos, y usa la fórmula siguiente: R. proto-cloruro de mercurio un grano; sub-hidroclorato de antimonio pulverizado tres granos; corteza de raiz de madar pulverizada seis granos: para tomar tres veces al dia.

»Ya en tiempo de Areteo y de Galeno se habian usado los purgantes en el tratamiento de la lepra tuberculosa, y despues han recurrido á ellos muchos autores. «Ipsam curam, dice »Schilling, semper à laxantibus inchoavi» (loco citato, p. 38). En el dia está generalmente abandonado su uso, á no haber indicaciones especiales, como por ejemplo un estreñimiento pertinaz. Por otra parte, para sacar algunas ventajas de su administracion, seria preciso prolongarla mucho tiempo, á lo cual se opone el estado flegmásico de las primeras vias. Lo mismo decimos de la tintura de cantáridas y de las preparaciones arsenicales, de las cuales aseguran Biett, Cazenave y Gibert, haber obtenido algunos efectos. «Muchas veces, dice este último, el uso interno de las preparaciones arsenicales produce rubicundez en la piel y escita en los tuberculos y en las nudosidades de los tegumentos una especie de accion inflamatoria, en cuya consecuencia terminan los infartos por resolucion (loc. cit., p. 440). Pero Rayer recuerda que á consecuencia de estas tentativas se ha visto aumentarse la fiebre y empeorarse y perecer los enfermos. Sea como quiera, nunca se debe pasar de ciertas dosis, cuyo máximum puede fijarse para las veinticuatro horas en dos píldoras asiáticas, en veinte gotas de la disolucion de Fowler y en media dracma de la de Pearson.

»El iodo se ha observado tambien; pero hay todavia muy pocas observaciones para poder decidir acerca de la eficacia de este modificador. Alibert refiere (loc. cit., p. 538) que el doctor Daynac curó á uno la elefantiasis, prescribiéndole durante veinticuatro dias fricciones en la lengua y en las encias con una duodécima parte de grano de hidroclorato de oro.

»Muchos médicos, y entre ellos algunos que habian atribuido á la elefantiasis de los griegos una naturaleza sifilítica, han recurrido á las preparaciones mercuriales, que se hallan unánimemente desechadas en el dia. «Nunca han producido buen resultado, dice Cazenave, y aun algunas veces ha tenido su administracion algun inconveniente.» Lo mismo habia observado Schilling: «Semper autem, dice, solicite à »mercurialibus abstinendum, quæ quippe in »corporibus leprosis nunquam non violentos »motus, et molestissimos spasmos, nec raro pe»riculosam hipercatharsin producunt» (loc. cit., pág. 40).

»En el tratamiento de la lepra tuberculosa no deben descuidarse los medios esternos: la cauterizacion de las manchas hechas desde el principio, ya con el nitrato de plata, ya con el nitrato ácido de mercurio ó bien con la pomada amoniacal de Gondret, ó por último, con el hierro candente, á imitacion de Larrey, ha solido restablecer la sensibilidad y detener los progresos del mal. Las mismas ventajas han conseguido Robinson y Biett con la aplicacion sucesiva de muchos vejigatorios. Cuando la enfermedad está muy adelantada, debemos esforzarnos en procurar la resolucion de los tubérculos, para lo cual pueden ser útiles los chorros sulfurosos ó de vapor, los baños alcalinos, los ferruginosos, los de vapor, y las pomadas resolutivas, como la de hidriodato de potasa (de hidriodato de potasa, de un escrúpulo á una dracma; de manteca una onza). Cazenave recomienda malaxar los tubérculos durante la accion de los chorros; y por último, en el período ulceroso aconseja Alibert curar las úlceras con la tintura de mirra ó de aloes, con un cocimiento de quina ó de ratania, ó bien con el ungüento de brea, del cual ha obtenido buen resultado.

»A pesar de los recursos terapéuticos que acabamos de indicar, preciso es reconocer con Gibert, que «solo existen en el dia algunos datos vagos é inciertos acerca de los medicamentos que se han ensayado en el tratamiento de la lepra tuberculosa» (loc. cit., p. 439), y que con demasiada frecuencia, despues de haber agotado todos los medios conocidos, se ve que la enfermedad sigue su curso y hace incesantes progresos, sin contenerse de modo alguno.

»Naturaleza y asiento.—Si apenas es posible dejar de ver con Rayer en la elefantiasis de los griegos algo mas que una simple flegmasia tuberculosa de la piel, no es menos difícil determinar su verdadera naturaleza, y aunque la sintomatologia nos incline á admitir con Pinel una alteracion orgánica general, la anatomia patológica no nos autoriza aun á pronunciar un voto definitivo. ¿Nos permitirán algun dia nuestros medios de análisis apreciar en su justo va-

lor las alteraciones de la sangre indicadas por Schilling y por Biett? ¿Conseguiremos establecer respecto de la elefantiasis de los griegos, como tambien respecto del cáncer, la tisis pulmonal y tantas otras afecciones importantes, una patogenia fundada en datos positivos?

»La piel y las membranas mucosas aérea y gastro-intestinal son, como se ha visto, los sitios principales de la enfermedad, no obstante que puede estenderse el mal hasta el sistema huesoso; pero ¿en qué elemento anatómico se desarrolla primitivamente? Parécenos probable que los folículos sebáceos y mucíparos formen el primer núcleo de los tubérculos que caracterizan la elefantiasis de los griegos.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Sauvages, teniendo solo en consideracion las deformidades que imprime al cuerpo la elefantiasiasis de los griegos, y la naturaleza contagiosa que se atribuye á esta enfermedad, la colocó con la sífilis, el escorbuto, la sarna y la tiña, en el quinto orden *(afecciones cutáneas impetiginosas)* de su sesta clase *(enfermedades caquécticas ó deformidades)*. Pinel, fijándose en la naturaleza del mal, y juzgando por los síntomas, vió en la lepra tuberculosa una afeccion orgánica general (clase V, orden I), y la reunió á la sífilis, al escorbuto, al cáncer, á la tisis tuberculosa, á las escrófulas, etc. Andral en su curso de patologia interna coloca la elefantiasis de los griegos entre las enfermedades de la piel caracterizadas por una lesion de las secreciones sólidas (clase II).

»Los dermatólogos, que todos convienen en colocar la elefantiasis de los griegos en el cuadro de las afecciones cutáneas, no han adoptado igualmente una misma clasificacion. Plenck describe la lepra tuberculosa en la clase de las pápulas (clase V); Alibert la reune con la elefantiasis de los árabes, formando el tercer genero de su 6.º grupo *(dermatosis leprosas)*; Willan, Biett y Rayer la ponen entre las afecciones tuberculosas (orden VII).

»Historia y bibliografia.—Ya hemos discutido al tratar de la lepra las opiniones contradictorias, que se han emitido con el objeto de determinar la significacion que daban á este nombre los autores antiguos y los de la edad media, procurando probar que se ha aplicado la denominacion de lepra á infinidad de enfermedades diferentes, y que es imposible decidir si ha de referirse mas bien á la elefantiasis de los griegos que á la leuce ó á la lepra vulgar de Willan. No investigaremos en este lugar, violentando el sentido de algunas frases, si, como quiere Schilling (loc. cit., p. 3), fue ya descrita por Moises la elefantiasis de los griegos; ni trataremos de inquirir si, ya que no puede hallarse en Hipócrates la palabra elefantiasis, puesto que en su tiempo no conocian aun los griegos al elefante (Hensler, loc. cit., p. 201), se encuentran al menos en las obras del padre de la medicina algunos pasages relativos á esta enfermedad: haremos una ligera mencion de Celso y de Galeno, que observaron al parecer la lepra tuberculosa que acabamos de describir, y solo nos detendremos en Areteo, que fue el primero que hizo de ella una descripcion, que han repetido todos los autores, y que hoy mismo apenas ha podido mejorarse. Despues de él Pablo de Egina *(De re medica*, t. IV, pág. 500), Arnaldo de Villanova (*De signis leprosorum libellus*, opp. en fol.; Lugd., 1509), J. de Vigo (*Pract. copios.;* Lugd., 1529), Guido de Chauliac (t. VI, d. II, c. 2), Vesalio (*De fabr. corporis humani*, lib. V, cap. 9, p. 438), Valeriola (*Enarrat. med.*, lib. VIII, pág. 383), Saliceto (*Chirurg.*, en art. *Chir. script. collect.;* Venet., 1546, lib. I, cap. 18), Fernelio (*De abdit. rerum caus.*, lib. II, cap. 14, p. 229) y Fabricio Hildano (Epist. XXIV, p. 973), concedieron en sus obras un lugar mas ó menos estenso á la descripcion de la elefantiasis; pero habiendo remplazado este nombre indistintamente con el de lepra, ó aplicádole como este último á afecciones muy diferentes, llegó á introducirse de nuevo mucha confusion en el lenguage y en las descripciones, y es casi necesario llegar hasta Schilling para encontrar un trabajo bien concluido. Este autor en su notable disertacion *(Dissert. de lepra;* Leiden, 1764), que hemos citado tan á menudo, y de la que tanto han tomado los dermatólogos modernos, trató su asunto de un modo tan completo, que puede decirse que los escritos publicados despues no han hecho mas que desarrollar sus proposiciones. En esta ocasion, mejor quizá que en ninguna otra, hemos comprobado la importancia de las investigaciones históricas para poder apreciar en su justo valor ciertas obras contemporáneas. Sin embargo, menester es citar con elogio algunos autores, que han tenido ocasion de estudiar la elefantiasis de los griegos en las regiones de los trópicos, donde es endémica, ó en ciertas localidades en que se ha manifestado accidentalmente; y entre ellos colocaremos en primera línea á Heberden (*An account of the elephantiasis in the island of Madeira*, en *Med. trans.;* London, 1768, t. I, p. 23), á Hensler (*Von abendländischen Aussatze*, en *Mittelalter, etc.;* Hamburgo, 1730), á Robinson (*On the elephantiasis as it appeared in Hindostan*, en *Med. chir. trans.;* London, 1815, t. X, p. 31), á Ainslie (*Obs. on the lepra Arabum or elephantiasis of the Greecks as it appeared in India*, en *Trans of the royal asiatic society*, 1826, t. I), á Kinnis (*Obs. on elephantiasis as it appeared in the isle of France*, en *Edimb. med. and surg. journ.*, 1824, t. XII, p. 286) y á Heinecken (*Obs. of the leprosy of the Madeira*, en *Edimb. and surg. journ.*, 1826).

»Encuéntrase por último un resumen mas ó menos completo de estos diferentes trabajos en las obras de los dermatólogos Plenck, Willan, Bateman, Alibert, Cazenave y Schedel, Rayer, Gibert, y en los artículos de Diccionario que hemos citado muchas veces» (Monneret y Fleury, *Comp. de méd. prat.*, t. III, p. 179—193).

GENERO SÉTIMO.

Elefantiasis de los árabes.

»Háse aplicado este nombre á una enfermedad que describieron por primera vez los autores árabes, y en la cual las piernas, que son su asiento mas comun, adquieren un volumen enorme, y por esta razon se han comparado con las del elefante.

»Sinonimia.— *Daul-fil*, de Rhasis; *elephantopus*, de Swediaur; *hernia carnosa*, de Próspero Alpino; *bucnemia trópica*, de Good; *Elephantia arabum*, Vogel; *perical*, *andrum*, de Koempfer; *glandular disease of Barbadoes*, Hillary Hendy; *sarcocele de Egipto*, de Larrey; *elefantiasis tuberosa*, *escrotal*, *lepra tuberculosa elefantina*, *lepra del escroto*, *oscheo-terastia sarcomatosa*, de Alibert; *elefantiasis de los árabes*, de Rayer, Cazenave y Gibert.

»Definicion.—La elefantiasis de los árabes es una afeccion en la cual todas las partes del cuerpo, y mas particularmente los miembros inferiores y el escroto, presentan una gran tumefaccion, acompañada de hipertrofia de la piel. Bien sabemos que esta definicion dista mucho de caracterizar la enfermedad; pero se halla fundada en sus síntomas mas constantes, y no nos ha sido posible en el estado actual de la ciencia dar otra mejor.

»Division.—Alibert ha creido deber admitir dos formas específicas de la elefantiasis de los árabes, con los nombres de *elefantiasis tuberosa* y *elefantiasis escrotal* (*Monogr. des dermatoses*, en 4.°, p. 508); pero esta division solo se funda en una diferencia de sitio, y por otra parte la elefantiasis se ha observado en casi todas las partes del cuerpo. No admitiremos pues en este artículo sino una forma de elefantiasis, y despues de haber hecho una descripcion general de ella, indicaremos las consideraciones particulares á que da lugar segun que reside: A, en los miembros inferiores; B, en el escroto; C, en el miembro viril: D, en los miembros superiores; E, en las mamas; F, en el monte de Venus y los grandes labios; G, en la cabeza, en el cuello y en otras partes del cuerpo.

»Alteraciones anatómicas.—Examinando con cuidado una parte afectada de la elefantiasis de los árabes, se encuentra primeramente la piel pálida ó azulada, oscura y algunas veces negra, áspera y cubierta de escamitas delgadas, semejantes á las de la ictiosis, ó de vegetaciones pequeñas, blandas y fungosas, y de fisuras, grietas y ulceraciones, sobre las cuales se forman costras gruesas. Casi siempre está hipertrofiada y lardácea.

»El epidermis es muy grueso, sobre todo en los puntos en que las papilas subyacentes se han desarrollado mas; está resquebrajado y muy adherido. Debajo de él ha encontrado Andral sucesivamente: 1.° una capa que solo existia en algunos puntos y que tenia diferentes aspectos, consistiendo, ora en una simple línea blanca análoga á la capa epidérmica de las papilas, ora en un tejido mas grueso, de un color pardusco, muy duro y de una consistencia verdaderamente córnea, ora por último en una série de escamas sobrepuestas y apizarradas: Andral cree que esta capa es análoga á la que Gautier ha visto en los negros, dándola el nombre de *capa albida superficial*, mientras que Dutrochet la ha llamado *capa córnea*: 2.° otra capa reticular, formada por una redecilla de filamentos negruzcos sumamente finos, que se entrelazaban en mil direcciones diferentes, dejando entre sí intervalos trasparentes. Esta capa, de color pardo oscuro ó negruzco segun los puntos, presentaba en los cortes verticales un aspecto homogéneo, y no parecia ser mas que una materia teñida con diversos matices, evidentemente análoga á la capa de color de los negros: 3.° otra capa que se presentaba en forma de una línea blanca muy poco gruesa, que penetraba entre los pezoncillos del cuerpo papilar, lo cual le daba un aspecto ondeado; no se ramificaba por ella ningun vasito, y parecia formada por un tejido célulo-fibroso, que no estaba igualmente manifiesto en todos los puntos. Esta capa es análoga á la que Gautier ha encontrado en la piel del talon de los negros, describiéndola con el nombre de *capa álbida profunda*, y á la que Dutrochet llama *capa epidérmica de las papilas*: 4.° el cuerpo papilar (*pezoncillos sanguíneos de Gautier*), cuyos corpúsculos célulo-fibrosos habian sufrido en algunos puntos una prolongacion tal, que se los hubiera podido equivocar fácilmente con los filamentos blanquecinos de que está erizada la membrana mucosa lingual y bucal de muchos pájaros. Entre estos filamentos reunidos en grupos se hallaba interpuesto un tejido mas blanco y mas denso, que se prolongaba por una parte al dermis y por otra terminaba en la capa precedente. En otros puntos no se veian ya estos filamentos, sino una capa rugosa, que parecia formada por pezoncillos hinchados y confundidos con el cuerpo papilar (Andral, *Precis d'anat. pathol.*, t. I, p. 170). No obstante las modificaciones que algunos anatómicos modernos han intentado hacer en las ideas de Gautier relativamente á la estructura de la piel, hemos creido deber reproducir las precedentes observaciones de Andral, cuyos resultados quedarán en la ciencia, independientemente de la opinion á que los refiriera su autor en la época en que los publicó.

»Examinando Rayer la piel cortada en el sentido de su grueso, ha encontrado, procediendo de dentro afuera: 1.° lobulillos de tejido adiposo reunidos por tejido laminoso sano: 2.° el corion representado por una cinta trasversal, de un color amarillo claro, evidentemente hipertrofiado y con sus areolas mas manifiestas que en el estado normal; ademas se hallaba impregnado de una cantidad de serosidad bas-

tante grande; por su cara profunda enviaba al tejido celular subcutáneo, hasta una profundidad bastante considerable, prolongaciones blanquecinas fibrosas: 3.º una capa compuesta de fibras paralelas dirigidas desde la cara superficial del corion al epidermis, y formada por papilas prolongadas y de un grueso que variaba entre dos y tres líneas y media. «Estas dos primeras capas de la piel, dice Rayer, estaban separadas una de otra por la direccion opuesta de sus fibras, y por una línea trasversal que resultaba de su diferente color. Entre las fibras paralelas de la capa papilar se distinguian á simple vista unos vasitos, que examinándolos primero con el lente se percibian con facilidad. La cara superficial de esta segunda capa presentaba varios pezoncillos, la mayor parte de ellos lenticulares, separados entre sí por arrugas profundas, formados evidentemente por las papilas mas prolongadas; mientras que las mas pequeñas, reunidas en una misma línea, daban lugar á las arrugas que acabamos de indicar. Las papilas que formaban los pezoncillos puestas en libertad ya por la maceracion, y examinadas debajo del agua, aparecian bajo la forma de un ligero musgo. Encima de las papilas habia otra capa bien distinta del epidermis que la cubria, y que era la que se ha llamado *membrana álbida ó córnea*. Desprendida esta tercera capa, se percibian unos filamentos muy finos, que se dirigian á unos cuerpecitos blanquecinos situados y como aplicados sobre la cara profunda de la capa álbida (folículos). Estos cuerpecillos, dispuestos de un modo variable, estaban aislados y separados, ó bien reunidos por séries paralelas, ó por último aglomerados bajo la forma de chapas mas ó menos estensas: todos ó casi todos se quitaban con la capa álbida, á la cual estaban adheridos. Entre estos folículos los habia esactamente redondeados; otros prolongados en forma de lágrimas, terminando en punta por una de sus estremidades, y otros en fin mas prolongados, como cilíndricos: algunos tenian en su centro y esteriormente un punto negruzco, que parecia ser su orificio. La capa epidérmica, dispuesta en forma de membrana como la precedente, y trasparente como ella cuando no estaba formada por escamas acumuladas, se hallaba tambien en su superficie profunda en relacion con foliculillos análogos á los anteriores. Reunidos la mayor parte bajo la forma de chapas, eran sobre todo muy perceptibles en los puntos que correspondian á las escamas: esta disposicion era constante. De la cara profunda del epidermis salian prolongaciones pequeñas, que rodeaban los pelos hasta su estremidad bulbosa, y que se distinguian bien de los folículos» (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. VII, p. 93).

»El tejido celular subcutáneo é intermuscular es mas duro á medida que se aproxima al dermis, y algunas veces está convertido en un tejido grueso y fibro-cartilaginoso; hállase enteramente adherido á las partes inmediatas, y presenta chapas osificadas, esparcidas por varios puntos; algunas veces está notablemente desarrollado, y se parece al tejido celular submucoso de las paredes gástricas, cuando, endurecido é infiltrado de albumina concreta, ha sufrido la alteracion llamada *escirrosa:* otras veces está infiltrado como en las hidropesias antiguas. Andral ha visto la serosidad contenida en cavidades esparcidas en diferentes puntos de una masa enorme de tejido celular duro, condensado, trasformarse por una graduacion imperceptible en tejido cartilaginoso (loc. cit., página 377). Delpech asegura que la serosidad contiene una porcion muy grande de albumina (*Chir. clin.*, t. II, p. 54). El tejido adiposo adquiere tambien algunas veces un desarrollo muy marcado; los músculos estan á menudo atrofiados, descoloridos y adelgazados; otras veces se hallan aumentados de volumen, duros y convertidos en una sustancia grasienta (Fabre, *Revue méd.*, t. IV, p. 38), encontrándose chapas óseas en diferentes puntos de su sustancia. Los ligamentos articulares é interóseos estan á veces destruidos ú osificados, y las superficies articulares tan íntimamente unidas, que no se percibe entre ellas ningun límite, aun despues de una maceracion muy prolongada. En algunos casos, aunque á la verdad bastante raros, estan los huesos alterados, habiendo duplicado ó triplicado su volúmen; se ven en su supercie asperezas óseas mas ó menos largas, que se introducen en las partes blandas; sus bordes forman crestas retorcidas en diversos sentidos y conductos destinados á los vasos y nervios que serpean por su superficie. Su tejido adquiere una densidad, un color y una dureza, semejantes á los del marfil, en términos que con dificultad se pueden serrar (Fabre, loc. cit., p. 40).

»Las venas se han encontrado obliteradas ó estrechadas, y sus paredes engrosadas y *arterializadas*, de manera que cortando trasversalmente el vaso, conservaban su abertura dilatada como las arterias (Gaide, *Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 539). Bouillaud ha insistido mucho en esta alteracion (*Arch. géner. de méd.*, t. VI, páginas 317 y 567); pero Cazenave pregunta con razon, si en estos casos se habrán confundido con la elefantiasis las tumefacciones que resultan de hallarse entorpecida la circulacion en un miembro, de la inflamacion crónica del tejido celular, etc. (*Dict. de méd.*, t. XI, p. 284). Hánse visto las arterias dilatadas ú osificadas en una estension mas ó menos grande (Fabre, loco cit., p. 39). Hasta los nervios han ofrecido diferentes alteraciones: en un caso observado por Fabre (loc. cit., pág. 39) «el nervio ciático mayor conservaba su tamaño regular hasta la parte media del muslo, aumentándose despues progresivamente hasta la corva; en términos de que cada una de sus dos divisiones escedia mucho al grueso del tronco comun: examinado por debajo del cuadrado del muslo en el espesor del nervio poplíteo esterno, presentaba una masa gelatinosa de forma hidática, ligeramente son-

rosada, y del tamaño de una almendra pequeña de bastante consistencia, que rechazaba alrededor de sí las fibras medulares. Las divisiones del popliteo interno y del esterno estaban tambien muy aumentadas de volumen; de manera que el nervio tibial, el ramo músculo-cutáneo y el tibial anterior, tenian un tamaño cuádruplo del natural: tambien ofrecian abultamientos en algunos puntos.» Noegele ha visto la vaina del nervio tibial engrosada y endurecida, formando un cilindro que en ciertos sitios tenia mas de pulgada y media de diámetro. Su superficie interna presentaba en algunos puntos desigualdades hasta de media pulgada. El nervio habia adquirido un volumen considerable, y su diámetro iba aumentando por su parte inferior. Encontrábanse en su superficie y en su grueso nudos redondos ú ovales, que formaban como un rosario y estaban llenos de un liquido, ora claro y trasparente, ora espeso y turbio (*Heidelb. Annalen*, t. II, c. 3).

»El sistema linfático presenta alteraciones que ya habian sido indicadas por Hendy (*Mémoires sur la maladie glandulaire de Barbade, prouvant qu'elle à son siège dans le syst. limph. Trad. de Alard*, en *Mém. de la soc. méd. d'emul*, t. IV, p. 79); pero que Alard ha descrito con particular cuidado, considerándolas ademas de distinto modo. El autor inglés creia que el sitio primitivo del mal eran las glándulas linfáticas, las cuales, segun él, se infartaban, se inflamaban y no permitian que las atravesara el fluido absorvido. Por lo tanto, dice, es preciso que este fluido se acumule entre la glándula y la parte que le ha absorvido primero; y cuando los vasos estan tan distendidos que ya no pueden dilatarse mas, deben llenarse las células ó cavidades del tejido celular, deteniéndose en ellas el fluido derramado en su interior por las estremidades arteriales (loc. cit., p. 81).

»No es esta la opinion de Alard. «Las glándulas, dice, padecen ciertamente en esta enfermedad, pero simultáneamente con los vasos linfáticos y como partes de un mismo sistema. Hay casos en que no participan del mal, y no por eso son los accidentes menos intensos; mientras que es imposible que exista la afeccion limitada á las glándulas, sin interesar los vasos linfáticos, pues entonces resultarian simples bubones» (*Hist. d'une maladie partic. au syst. limph.*; Paris, 1806, p. 237).

«Parece muy bien probado, continúa Alard, que esta enfermedad afecta esclusivamente al sistema linfático. Las inspecciones cadavéricas han presentado las glándulas mucho mas gruesas que en el estado natural, los absorventes muy dilatados, llenos de linfa, y debilitadas sus paredes hasta el punto de no poder resistir las inyecciones. Hánse encontrado algunos cuyo calibre era igual al de una pluma de escribir, y de creer es que los menos anchos y menos voluminosos hubiesen sufrido una alteracion proporcionada á su pequeñez primitiva» (loco cit., p. 233).

»En cuanto á las alteraciones viscerales que se encuentran en la elefantiasis de los árabes, son muy variables y apenas pueden referirse á esta enfermedad. Así es que Rayer ha encontrado un derrame seroso poco abundante en las cavidades de las pleuras y del peritóneo, un reblandecimiento con adelgazamiento de la mucosa en muchos puntos del estómago y de los intestinos delgados, y ulceraciones pequeñas y redondeadas en la porcion descendente del colon. Segun Hendy las glándulas mesentéricas presentan á veces las mismas alteraciones que las glándulas linfáticas de la parte enferma (loco cit., p. 80).

»Sintomatologia.—Para esponer el modo como se manifiesta la elefantiasis de los árabes, lo mejor que podemos hacer es reproducir la descripcion de Alard, de la cual se han aprovechado mucho todos los autores modernos.

«Su invasion, dice, es repentina é inesperada; ordinariamente no se anuncia por ningun síntoma precursor, por ninguna disposicion particular. Sin embargo, cuando ha durado muchos años, precede y sirve de preludio á los ataques una sed inestinguible.

»Nótase primero un dolor mas ó menos vivo en una glándula ó en el trayecto de los principales troncos de los linfáticos, y casi siempre se percibe en la misma direccion de los dolores una cuerda dura, nudosa y tirante, parecida, ya á un conjunto de flictenitas, ya á un rosario de glandulitas hinchadas. Algunas veces encima de esta cuerda se nota un rastro ó señal roja como una cinta, y otras solo es sensible al tacto. La parte afecta se enrojece, se hincha y adquiere una apariencia erisipelatosa y en ciertos casos flemonosa; la articulacion inmediata se mantiene rígida y doblada por la contraccion de los músculos flexores, y si el mal reside en el bajo vientre, esta contraccion produce una sensacion de sofocacion. Pero lo que debe llamar principalmente nuestra atencion es la fiebre concomitante: ofrece esta un escalofrio prolongado, que tiene el caracter singular de repetirse al menor movimiento, y viene acompañado inseparablemente de náuseas y vómitos, sobre todo en los accesos algo notables. Si cesa el escalofrio, se detienen inmediatamente los vómitos, y si se vuelve á presentar, repiten tambien estos; no se arroja con ellos sino las bebidas que se encuentran en el estómago, y si desgraciadamente no contiene nada esta víscera, es tal su violencia, que algunas veces determinan hematemesis: cuando se echa bilis es en corta cantidad y despues de esfuerzos repetidos, y al pasar por la boca deja un gusto amargo, aunque la lengua se conserve de buen color. Las náuseas fatigan mucho á los enfermos, los cuales sienten necesidad de vomitar, aunque no arrojen mas que el agua ó las tisanas, y cuando lo consiguen, despues de esfuerzos violentos, tienen menos desazon y ansiedad: en ocasiones sobreviene delirio. Casi siempre estan los enfermos atormentados por una sed muy

grande y en algunos casos inestinguible. El calor que sigue á los escalofríos es intenso, y los sudores tan copiosos, que atraviesan las sábanas dobladas en muchos dobleces; ora son generales, ora parciales, y frecuentemente lo uno y lo otro alternativamente: este calor y estos sudores no vienen tan separados de los escalofríos que no puedan confundirse alguna vez. Puede verse esta reunion siempre que se mueve el enfermo durante el segundo estadio del acceso; porque entonces los dolores, el escalofrío y el vómito, que estaban algo apaciguados, se renuevan inmediatamente, reuniéndose estos síntomas con un calor intenso de la piel y un sudor que corre por la frente y por todo el cuerpo.

»Al cabo de un tiempo, que varia segun los sugetos, deja esta especie de fiebre en la parte afecta una hinchazon y una inflamacion, que continúan muchos dias: la inflamacion se disipa; pero la hinchazon, aunque disminuye primero con ella, se aumenta muy pronto de dia en dia en los dos ó tres meses siguientes» (loco cit., p. 218).

»En esta reunion de síntomas el escalofrío y la sed deben considerarse, segun Alard, como esenciales y patognomónicos; el calor depende del primero, y el sudor de la segunda y quizá de todos tres, considerándolos como irritantes que favorecen la exhalacion (loc. cit., p. 296).

»El escalofrío no tiene ninguna regularidad, ni en su fuerza, ni en su duracion, ni en sus repeticiones, porque es *la manifestacion del modo de sensibilidad de los linfáticos*. El vómito es efecto de la simpatía que une el estómago con la piel. El calor es un síntoma secundario consiguiente al escalofrío, y su intension proporcionada á la de este. La sed es un síntoma esencial, independiente y particular, y siempre que existe de un modo marcado indica la lesion de los linfáticos. El sudor está en proporcion con las bebidas de que depende, y su causa parece ser en cierto modo mecánica: las areolas del tejido celular subcutáneo estan llenas de un humor espeso y coagulado, y como no pueden contener la serosidad que se derrama incesantemente dentro de ellas, refluye esta y sale por los conductos que se dirigen al esterior. El derrame que se verifica durante el acceso, puede tambien trasudar por los poros de la piel, que cuando la enfermedad es muy antigua, no solo se perciben á simple vista, sino que hasta dejan ver las partes subyacentes (loc. cit., p. 280-296). Fácil es conocer qué tienen de real y qué de hipotético estas esplicaciones, por las cuales se esfuerza Alard en demostrar la naturaleza linfática de la enfermedad que describe.

»Los fenómenos que acabamos de indicar se reproducen en forma de *accesos* con intervalos variables, ora todos los meses, ora dos ó tres veces al año, ora con intermisiones de muchos años. No siempre tienen la misma intension, y la enfermedad empieza á veces por una erisipela que repite por accesos, y se conduce por lo demas como la inflamacion de los linfáticos que acabamos de describir, constituyendo en realidad un grado de esta última (Alard, loco citato, p. 221; Cazenave, loc. cit., p. 283).

»La elefantiasis de los árabes sobreviene á veces, segun Rayer (loc. cit., p. 31), á consecuencia de úlceras antiguas de las piernas, de ataques repetidos de liquen agrius, de eczema rubrum, de una obliteracion venosa ó de varices; y entonces no la acompaña ninguno de los síntomas que hemos indicado; pero las observaciones en que dicho autor funda su opinion estan muy distantes de ser concluyentes. Andral hace mencion de la existencia de una úlcera antigua (*Precis d'anat. pathol.*, t. I, pág. 169); pero no dice que el enfermo no hubiese tenido los accesos de que hablamos. Bouillaud cita un caso en que habia obliteracion venosa; pero solo dice que los miembros inferiores de su enfermo estaban tan voluminosos y duros, *que se parecian á los de los individuos atacados de la elefantiasis de los árabes (Arch. gén. de méd.*, t. VI, p. 560); de suerte que podriamos preguntar con Cazenave, si habia entonces una verdadera elefantiasis, y responder con él: «Parécenos que solo habia aumento de volumen» (loc. cit., p. 384). Creemos pues, que para hacer de la elefantiasis de los árabes una individualidad distinta, sin confundirla con otras tumefacciones de varias naturalezas, es preciso considerar como constantes y esenciales los accesos descritos por Alard, cuya duracion, intension y sobre todo su número, se pueden calcular por las deformidades parciales y las degeneraciones cutáneas, que solo se encuentran cuando ellos han existido.

»Alibert pretende que la elefantiasis viene precedida de la aparicion de manchas acardenaladas, que se estienden por la periferia del tegumento en una estension mas ó menos considerable; siendo de notar, dice, que las estrias y las manchas no se observan sino en los primeros años, pues en lo sucesivo la aparicion de cada paroxismo del mal viene precedida de una sucesion de erisipelas (*Monog. des derm.*, en 4.º, p. 524).

»Despues de una duracion variable termina el acceso dejando en la parte afecta una inflamacion, que se disipa al cabo de algunos dias, y una tumefaccion que persiste y que depende del derrame de cierta cantidad de serosidad en el tejido celular. El infarto, blando y edematoso al principio, se aumenta cada vez que repiten los accesos, y concluye por ponerse duro y resistente; siendo al cabo de cierto tiempo tan considerable, que da á la parte enferma un volumen que apenas se puede concebir. «La infiltracion, dice Delpech, que parece preparar ó preludiar constantemente la realizacion del estado elefantiaco en el tejido celular, se verifica siempre en las partes de este último que estan en relacion inmediata con los puntos de la piel en que existe ya dicho estado» (loc. cit., p. 73).

»La piel permanece al principio lisa, suave,

resistente, mas blanca ó ligeramente azulada, pero luego se altera; el epidermis se engruesa, se pone áspero y rugoso, se cubre de escamas análogas á las de la ictiosis, ó bien por el contrario presenta un poco de secrecion, que da lugar á la formacion de escamas delgadas y amarillentas; fórmanse fisuras, grietas y ulceraciones cubiertas de costras gruesas y vejetaciones blandas y fungosas.

»Alard ha señalado causas particulares á estos diferentes estados: «la piel dice está lisa y sin cambio de color en los climas templados y algun tanto secos, y segun la fortuna y ocupaciones de los enfermos. En el Egipto marítimo, en las riberas de Cochin y muchas veces en Asturias, se cubre de vasos varicosos que le dan un tinte parduzco: esta complicacion es propia de los habitantes de los terrenos bajos y húmedos, y de los que para cultivar el arroz tienen todo el dia las piernas en agua ó fango: efectivamente semejante ejercicio debe disponer de un modo singular á las varices. Poco á poco se ponen ásperos los tegumentos, se cubren de escamas, ó por mejor decir, de berrugas en las Barbadas, y de costras amarillas y repugnantes en Egipto; nótanse señales de fisuras; se forman grietas, y el miembro exhala un olor desagradable, nauseabundo é insoportable, que en mucha parte depende de la suciedad.

»La sensibilidad no suele estar destruida en las partes enfermas; por lo comun no se diferencia de la de las demas regiones del cuerpo; sin embargo, es posible que el humor se insinúe por los intersticios de los músculos, se condense en ellos, dificulte los movimientos y embote mucho la sensibilidad de los nervios comprimiéndolos por todas partes.

»Sucede tambien á menudo que los enfermos, precisados por sus trabajos ó su miseria á andar con los pies descalzos, tienen una piel dura, rugosa, parduzca ú oscura é insensible. Estas rugosidades é insensibilidad se han tomado á veces por alteraciones orgánicas de la piel, siendo asi que bastan algunas lociones de agua caliente para hacerlas desaparecer (loc. cit., p. 226).

»A veces cuando se ha infartado mucho alguna glándula linfática, permanece dura, ó por el contrario supura, y formándose abscesos en el tejido celular, sobrevienen úlceras rebeldes y aun gangrenas mas ó menos estensas.

»A escepcion de los síntomas locales y de los que se manifiestan durante el acceso, no tienen los enfermos otra incomodidad que la que resulta del volumen y asiento del tumor: las funciones se desempeñan bien y el estado general permanece bastante satisfactorio. Sin embargo, los sugetos muy irritables esperimentan á veces dolores muy agudos (Hendy, loc. cit., p. 90).

»Examinemos ahora los síntomas propios del sitio que ocupa la enfermedad.

»A. *Elefantiasis de los miembros inferiores.*—En los miembros inferiores reside la elefantiasis de los árabes con mucha mayor frecuencia que en cualquier otro punto. Empieza la enfermedad por una hinchazon dolorosa de las glándulas de la íngle ó de la corva; notándose en el muslo y la pierna unas líneas rojas que siguen la direccion de los vasos linfáticos. La tumefaccion edematosa empieza casi siempre en la pierna; no obstante algunas veces se manifiesta simultáneamente en el muslo (Hendy, loc. cit., p. 149). Siempre respeta la planta del pie en razon de la disposicion del tejido celular de esta parte. Unas veces es uniforme y da al miembro la forma de una odre; otras está dividida y forma prominencias y rodetes como acolchados, separados por pliegues profundos y que indican el sitio primitivo del mal y el número de los accesos. El tumor se apoya á menudo sobre el pie, al que cubre en mucha parte, haciéndole parecer como atrofiado. Algunas veces se desarrollan ulceritas alrededor de los tobillos, las cuales permanecen fistulosas y desinfartan el tumor dando paso á una gran cantidad de serosidad, con lo que disminuye mucho la incomodidad procedente de su peso (Alard, loc. cit., p. 226). Los miembros pueden adquirir dimensiones enormes. La parte superior del muslo ha ofrecido alguna vez un pie, siete pulgadas y cinco líneas de circunferencia (Gaide, loc. cit., p. 535), un pie y once pulgadas (Hendy, loco citato, p. 114) y hasta dos pies y cuatro líneas (Gaide, loc. cit., p. 545); la pierna ha llegado á presentar por debajo de la rotula un pie, ocho líneas, y aun un pie, dos pulgadas y ocho líneas de circunferencia (Gaide, loc. cit.); en la pantorrilla un pie y seis pulgadas; en los tobillos nueve pulgadas y aun trece: Hendy ha visto una pierna de treinta y seis pulgadas de circunferencia en todos sus puntos (loc. cit., página 134). Ya se deja conocer que muchas veces ha de ser imposible la progresion. Ordinariamente se halla afecto un solo miembro; y sin embargo muchas veces lo estan los dos.

»B. *Elefantiasis del escroto.*—El escroto es, despues de los miembros inferiores, el sitio mas frecuente de la elefantiasis de los árabes; la cual, cuando ocupa estas partes, se ha descrito por Próspero Alpino con el nombre de *hernia carnosa*; por Kaempfer con el de *andrum*, y por Larrey con el de *sarcocele de Egipto*. Al principio suele venir la enfermedad acompañada de dolores muy vivos: «la inflamacion puede propagarse al testículo, y si no se dirige el tratamiento de manera que se moderen los accidentes, puede dar lugar al escirro de este órgano; pero la consecuencia mas frecuente es un derrame que dá á la parte un volumen monstruoso» (Alard, loc. cit., p. 225). El tumor cuelga algunas veces hasta las rodillas y aun hasta las pantorrillas. El que operó Delpech tenia un cuello de 18 pulgadas de circunferencia y pesaba 60 libras, entre las que se contaban seis de serosidad (loc cit., p. 8). El doctor Clot ha estirpado uno que pesaba 110 libras (*Essai*

sur l'elephant. des arabes, por Moham. Chabassy; tésis de Paris, 1837, n.º 388). La piel del escroto está áspera, gruesa y tirante, y no deja percibir el testículo; este permanece algunas veces sano, otras sufre alteraciones mas ó menos graves. «Despues de dividido el tumor, dice Alard, se vió que la piel era tres veces mas gruesa que en el estado natural, de mas ó menos consistencia, pero en general muy compacta. Parecia estar compuesta de celulillas ó separaciones, que contenian como otras tantas bolsas un humor gelatiniforme y espeso Los testículos estaban en medio de este tumor hinchados como las demas partes; el derecho, despues de despojado de la túnica vaginal, apareció como un huevo de ganso; tenia tres divisiones; en la parte superior y en la inferior se encontró un liquido semejante al que hemos indicado antes, y el centro estaba ocupado por un cuerpo del tamaño de una nuez poco mas ó menos, al cual venian á parar los conductos deferentes, que no estaban muy alterados. La túnica albugínea era mucho mas gruesa que en el estado natural, y contenia en su espesor un fluido blanquizco, alojado en celdillas parecidas á las de un limon; en ella era donde estaban encerradas las colecciones de humor que hemos dicho existian en las partes superior é inferior del testiculo» (loc. cit., página 195). Algunas veces no tienen los enfermos otra incomodidad que una tirantez penosa, que disminuyen sosteniéndose el escroto. Alibert habla de un enfermo, que cuando se sentia cansado se ponia á horcajadas en el tumor, y descansaba en él como en una silla, pudiendo prolongar mucho tiempo esta posicion sin sentir dolor ni incomodidad (loc. cit., página 527). Las funciones de la generacion continúan desempeñándose regularmente, aunque sin embargo estan abolidas cuando el tumor es muy grande: el enfermo de Delpech se veia atormentado por erecciones frecuentes seguidas de eyaculacion. El doctor Avé-Lallemant de Rio-Janeiro vió un enfermo, en quien la elefantiasis habia sucedido á crisipelas que se reproducian cada cuatro ó cinco semanas, y á las que habia precedido un hidrocele doble que exigiera tres punciones: el tumor tenia en su mayor diámetro cuarenta y nueve pulgadas y dos líneas de circunferencia, y pesaba doscientas sesenta y siete libras (*Allgemeines Repertoire von Kleinert*, febrero, 1839, p. 38).

»C. *Elefantiasis del miembro viril.*—La elefantiasis escrotal se estiende algunas veces hasta el miembro viril, que adquiere entonces dimensiones enormes; Biett le ha visto presentar un volumen cuádruple; en Ketwig «era el pene monstruoso y mas largo que el escroto; tenia trece dedos de circunferencia é iba disminuyendo para terminar en un bulto rojo, semejante á una nuez gruesa, formado por el prepucio. Encima de este bulto, que estaba vuelto hácia atrás y como detenido por el frenillo, se veia un agujero, por el cual se podia introducir el dedo pequeño, y que conducia al conducto de la uretra» (Alard, loc. cit., p. 194).

»D. *Elefantiasis de los miembros superiores.*—La elefantiasis de los árabes rara vez se presenta en los miembros superiores; sin embargo, Hendy, Alard y Rayer los han visto afectados muchas veces. Ora ocupa la enfermedad los dos brazos, ora uno solo; en unos la pierna y el brazo de un mismo lado, en otros un miembro superior y el inferior opuesto. La mano, ó por lo menos la cara palmar, permanece siempre intacta. En la religiosa de Sienne, cuya observacion refiere Alard, el brazo desprendido del cuerpo por la articulacion escápulo-humeral pesaba ciento veinte libras, que con las ochenta de serosidad que habian salido durante la vida ó despues de la muerte, formaban una suma de doscientas libras de Génova, masa doble de la del resto del cuerpo. La figura del tumor era semejante á una odre llena; su circunferencia durante la vida tenia once palmos y cuatro dedos (el palmo de Génova equivale á unas diez pulgadas españolas); su mayor diámetro era de cuatro palmos y un dedo, y el menor de dos y tres dedos (loc. cit., p. 176). A pesar de esta enorme hinchazon del miembro habian permanecido casi enteramente libres los movimientos de la muñeca.

»*Elefantiasis de las mamas.*—«Esta enfermedad da á los pechos un volumen tal, dice Alard, que es preciso sostenerlos con vendajes». Salmuth habla de una mujer cuyas mamas colgaban hasta las rodillas, y que tenia ademas en la axila tumores glandulares del tamaño de la cabeza de un feto. El doctor Etienne, cirujano mayor del ejercito del Bajá de Egipto, ha operado á una mujer cuyo pecho descendia hasta el púbis, presentando la forma de una redoma; tenia pie y medio de diámetro, pesaba veintiuna libras, y estaba sostenido por un pedículo ancho. La enfermedad databa ya de diez años; en su primer sobreparto habia sentido la enferma un dolor agudo en el pecho derecho, y este fué despues aumentando de volumen en cada parto. (*Bulletin de l'Academie de méd.*, t. III, p. 560; 1839).

»*Elefantiasis del monte de venus y de los grandes labios.*—Dupuytren y Larrey han visto desarrollarse la elefantiasis en los grandes labios, y el doctor Talrich habla de un tumor de esta clase que colgaba hasta mas abajo de las rodillas, situado en el punto donde el monte de venus se confunde con los grandes labios: pesaba seis libras y media (Delpech, loc. cit., p. 68).

»G. *Elefantiasis de la cabeza, del cuello y de otras partes del cuerpo.*—«Hemos visto, dice Alard, la elefantiasis en la cara, y produciendo una tumefaccion permanente de los párpados, de las mejillas, de la nariz y de los labios ó de un solo lado del rostro» (loc. cit., p. 222); Rayer ha observado una elefantiasis de la cara, que se habia desarrollado á consecuencia de ataques repetidos de crisipela. Schenck cita á

un hombre cuya cabeza era mayor que la de un buey; la nariz habia adquirido un volúmen tan considerable que cubria toda la cara (*obs. méd. rar. nor.*, libro I, p. 12). Si la enfermedad se presenta en la lengua, dice Alard, la hincha horrorosamente y puede sofocar al paciente; tambien puede ocasionar la hemiplegia y la muerte, si penetra en lo interior del cráneo (loc. cit., página 223). La elefantiasis de la cabeza produce ordinariamente alteraciones en las facultades intelectuales é infarto de las glándulas salivales. Ultimamente parece que la elefantiasis de los árabes se ha observado tambien en el cuello y pecho (Alard, loc. cit., p. 223: José Frank *Pat. int.*, t. II, p. 323); en la márgen del ano (*Dict. des sc. méd.*, t. III, p. 605), y aun en la pared abdominal (Alard, loc. cit., p. 182); pero las observaciones que han servido para establecer estas variedades de sitio, son demasiado incompletas para tomarlas en consideracion.

»Curso, duracion, terminacion y complicaciones.—El curso de la elefantiasis varia en los diferentes periodos de la enfermedad: al principio es intermitente, y durante un tiempo mas ó menos largo sigue el de los accesos que hemos indicado, haciéndose regularmente progresivo cuando la afeccion ha adquirido cierto grado de intension: sin embargo, puede llegar un momento en que parezca detenerse y no progresar la enfermedad. Tal se verifica cuando el estado de la piel y el de los tejidos subyacentes no permiten conocer ya las inflamaciones nuevas que sobrevienen. Por lo demas entonces es cuando la elefantiasis tiene todos los caractéres que la constituyen, y cuando imprime á las partes afectas deformidades á veces monstruosas (Cazenave, loc. cit., página 282). La duracion del mal es casi siempre muy larga, y puede prolongarse diez, quince, veinte años y aun mas. Es muy raro, por no decir nunca visto, que la enfermedad ataque organos tan importantes, que comprometa rápidamente la vida de los sugetos; asi como por otra parte creemos que se necesitarian casos mejor diagnosticados, para admitir con Hendy que se limite á veces á uno ó varios accesos solamente. La terminacion casi nunca es feliz, puesto que los cuidados mejor dirigidos rara vez proporcionan otro resultado que detener el curso de la enfermedad, á no recurrir á una operacion quirúrgica, cuyas probabilidades de buen éxito no son mayores en estas que en otras circunstancias. Sin embargo, Hendy ha citado algunos casos de curacion espontánea: «Un caballero, dice, despues de haber sufrido con cortos intervalos, muchos ataques acompañados de fiebre, tenia una inflamacion y una distension estraordinarias del escroto: despertóse una noche sobresaltado por notar una humedad desagradable hácia los muslos, y vió que salia el líquido por una grieta que se habia formado en la piel del escroto. Recogió cerca de seis onzas de este fluido en un orinal, y vió que era claro y ligeramente teñido de sangre. Pocos meses despues de este ataque le sobrevino otro, acompañado de una evacuacion semejante, en consecuencia de la cual se redujo el escroto á su volumen natural y no se reprodujo mas la afeccion» (loc. cit., p. 135). Segun este autor, hasta ha habido casos en que ha terminado la enfermedad por resolucion. Pero repetimos que para admitir sus aserciones, seria necesario que nos diese mas pormenores acerca del diagnóstico.

»Por otra parte, la elefantiasis de los arabes no puede ocasionar la muerte, sino cuando la mala constitucion del sugeto, ó la estremada tumefaccion de la parte afecta producen la gangrena, ó bien cuando se desarrolla la enfermedad encima de algun órgano importante. «Tres veces he sido llamado, dice Hendy, para enfermos cuyas vísceras estaban interesadas: uno de ellos, que vivia á cierta distancia de la ciudad, murió antes que yo llegase á su casa; otro antes de haber podido tomar las medicinas que le habia recetado, y el último vivió algun tiempo despues de mi visita. Ninguno de los tres tenia mas que la *enfermedad glandular*, y todos disfrutaban muy buena salud pocas horas antes de haber necesitado mis consejos» (loc. cit., p. 92). Se ha visto la elefantiasis de los árabes unida con la lepra tuberculosa, con la framboesia (Ruett, *Essai sur l'elephantiasis.* Tésis de Paris, año X, n.º 91, p. 23), y con la gota; pero estas complicaciones son enteramente accidentales y no pueden referirse á la naturaleza de la afeccion que nos ocupa.

»Diagnóstico.—Aunque es casi imposible desconocer la elefantiasis de los árabes, bien puede suceder, si no se apoya el diagnóstico en caractéres sintomatológicos muy marcados, que se dé su nombre á afecciones que nos parecen diferir esencialmente de ella, y principalmente á las obliteraciones venosas y á la angioleucitis. Hállanse en los autores muchas observaciones que justifican esta opinion. «Miss. A. J., dice Hendy, jóven robusta y de once años de edad, se espuso al frio estando acalorada de resultas de un ejercicio violento, y sintió de pronto un infarto en una glándula de la axila, con una línea roja que se estendia desde esta glándula á la muñeca. El dolor del brazo era muy grande, y se hinchó tanto el miembro que se desarrolló calentura. No se hizo ningun remedio y transcurrido un mes se disipó la hinchazon» (loc. cit., p. 109). Creemos que es imposible ver en este caso una elefantiasis. El mismo Alard no se manifiesta mas severo. «En el mes de febrero de 1755, dice, reinó en esta isla (las Barbadas) una fiebre con escalofrios que duraban cuatro ó cinco horas, calor, cefalalgia y en ocasiones dolor en la espalda. A veces era efímera, y otras duraba solo dos ó tres dias; pero por lo comun se prolongaba, y entonces sobrevenia, en el momento de la invasion, una inflamacion de la pierna semejante, segun el doctor Hillary, á la

que produce la fiebre de la elefantiasis, pero sin el tumor de las glándulas ni cuerda dura. La parte inflamada tenia un encarnado vivo; se presentaban algunas flictenillas esparcidas como en la erisipela, y se verificaba la descamacion luego que habian cesado los síntomas inflamatorios» (loc. cit., p. 162). Alard no vacila en considerar esta afeccion como una elefantiasis; pero nosotros no podemos participar de su opinion, y nos parece, sin decidir todavía si la enfermedad debe referirse al sistema circulatorio ó al linfático, y sin admitir con Hendy la presencia de la cuerda como síntoma potognomónico y constante; nos parece, decimos, que á no llamar elefantiasis de los árabes á todas las hinchazones edematosas desarrolladas mas ó menos rápidamente, no se puede dar este nombre sino á la enfermedad que viene caracterizada por erisipelas sucesivas, por degeneraciones particulares de la piel, y sobre todo por los accesos que hemos descrito mas arriba: esta opinion es tambien la de Cazenave, en cuya autoridad nos complace podernos apoyar en esta materia.

»Pronóstico.—Cuando la enfermedad ataca á las estremidades, dice Hendy, no hay motivo para temer; pero si ocupa el escroto ofrece un peligro inminente: no pocos hechos demuestran que aun en esta última circunstancia solo es grave el pronóstico por la poca probabilidad de curacion que ofrece el tratamiento médico. No reproduciremos aqui las consideraciones que hemos espuesto al hablar de la terminacion de la elefantiasis, y de las que fácilmente se deducen las relativas al pronóstico. No obstante añadiremos que la preñez parece una circunstancia muy desfavorable.

»Etiologia.—Estamos muy lejos de creer con Alard (loc. cit., p. 161), que se pueda concluir con certeza de los escritos del doctor Hillary, que la elefantiasis de los árabes se manifiesta á veces bajo la forma epidémica: y menos todavia admitiremos que deban considerarse como enfermedades de naturaleza semejante y situadas en el mismo sistema, ya que no como verdaderas elefantiasis, «las epidemias de apoplegias ó de fiebres cerebrales de una naturaleza particular y muy grave, las no menos fatales de carditis y pericarditis, las de perineumonias ó pleuritis intermitentes en que no hay dolor de costado ni dificultad de respirar sino en el momento de los accesos, y por último, las diferentes inflamaciones del estómago, de los intestinos y de los órganos situados en el fondo de la pelvis, que se reproducen en ciertas épocas del año, y se manifiestan, ora por cardialgias, ora por cólicos, ora por dolores agudos y particulares en el recto y en la vejiga» (loc. cit., p. 166). Para combatir semejante opinion, basta en el dia referirla en los términos en que se ha formulado.

»Dícese que la elefantiasis de los árabes es endémica en la Turquia asiática, en la costa de Malabar, en Ceilan, en el Japon, en las Barbadas, en Egipto y en España; se ha observado tambien en casi todos los paises, y es muy difícil decir las condiciones higiénicas que favorecen su desarrollo: Alard no las encuentra ni en los alimentos, ni en las bebidas, ni en el calor, sequedad ó humedad; pero le parece probado, que las causas mas generales de la enfermedad que nos ocupa son: 1.º la impresion repentina del frio en sugetos que estan acalorados por la temperatura en que acostumbran vivir; 2.º el frio penetrante de las noches, ayudado á veces por las corrientes de aire en las habitaciones, y el paso repentino del calor al frio (loc. cit., p. 323-351).

»Es constante, dice Hendy, que los negros son atacados de la enfermedad glandular con mas frecuencia que los blancos. Aquellos desgraciados estan mal vestidos, y su imprudencia los espone al pernicioso influjo de agentes que en mi opinion son la causa de la enfermedad. Cuando estan sofocados á causa de un trabajo penoso ó se embriagan con rom, se tienden en el suelo, donde duermen el tiempo necesario para descansar ó para que se les pase la embriaguez, y suele suceder que permanecen asi acostados toda la noche. Despues del trabajo de la mañana, que dura hasta el mediodia, suelen meterse en los estanques. Si la enfermedad ataca á los ricos es porque cometen imprudencias del mismo género, poniéndose en las ventanas y en sitios por donde circulan corrientes de aire despues de haberse sofocado en cualquier ejercicio, recibiendo el aire húmedo de las noches, durmiendo con las ventanas abiertas, etc. (loc. cit., p. 66-67).

»Todos los autores convienen en reconocer que la elefantiasis de los árabes no es contagiosa ni hereditaria, y que ataca indiferentemente á los individuos de ambos sexos y de todas las edades.

»En cuanto á las causas individuales, esto es, á las que dan origen á la enfermedad en tal persona con preferencia á otra, no puede menos de repetirse con Alard que son todavía demasiado oscuras para poder designarlas, siendo preciso aguardar á que las dé á conocer la esperiencia (loc. cit., p. 352). Lo mismo decimos de las causas determinantes de la elefantiasis.

»Tratamiento.—«La enfermedad de que tratamos es tan propia de las Barbadas, que siempre se la puede evitar dejando la isla, y que cuando se encuentra muy afectada del mal alguna parte del cuerpo, creo que el mejor método para obtener la curacion seria emigrar á otro pais.» Hendy refiere algunas observaciones que parecen justificar este aserto; y siempre que el desarrollo de la enfermedad parezca depender de una influencia endémica, convendrá desde luego aconsejar la emigracion.

»Acerca de las emisiones sanguíneas se han formado diversas opiniones: habiendo visto Hendy manifestarse la elefantiasis de los árabes muy poco tiempo despues de una sangria hecha en el tratamiento de un reumatismo, co-

mo tambien en la época del flujo ordinario en las paridas, teme practicar emisiones sanguíneas generales. «No diré que nunca se prescriba la sangría; pero deben ser muy urgentes los síntomas inflamatorios para justificar su uso» (loc. cit., p. 102). Alard es todavía mas esplícito: «cualesquiera que sean, dice, las apariencias inflamatorias, debemos guardarnos de hacer sangrías que á veces pueden llegar á ser muy peligrosas» (loc. cit., p. 355). Rayer por el contrario, cree que no son fundados los temores que inspiran las sangrías, y que el uso de este medio ha sido útil, ora para disminuir la duracion y la intension de los accesos, ora tambien en el período crónico, cuando los enfermos se quejan de una sensacion de tension dolorosa en los miembros afectos (loc. cit., p. 50). Segun lo que en estas circunstancias ha visto muchas veces uno de nosotros, la sangría no solo no produce ningun alivio, como dice Cazenave, sino que determina un aumento de volúmen en la parte afecta. Por lo tanto creemos que no deben emplearse las emisiones sanguíneas generales ó locales sino al principio de la enfermedad, y eso cuando haya síntomas inflamatorios muy caracterizados.

»Los eméticos son útiles, segun Alard, cuando los enfermos estan atormentados de conatos infructuosos para vomitar; pero cuando tienen vómitos frecuentes hay por el contrario que calmar el espasmo del estómago por medio de los antiespasmódicos (loc. cit., página 355). Hánse aconsejado las preparaciones mercuriales, el antimonio y el estracto de acónito; pero no acredita su eficacia ningun hecho. Alard quiere que se trate de combatir con la quina la repeticion de los accesos y la especie de periodicidad que afecta la enfermedad.

»Teniendo en consideracion el hecho que refiere Hendy, han propuesto algunos médicos desinfartar las partes enfermas por medio de cauterios y de vejigatorios volantes; pero estos medios se hallan abandonados en el dia. Las escarificaciones propuestas por otros no deben practicarse, sino cuando es estraordinaria la tumefaccion y la infiltracion serosa manifiesta. Biett ha obtenido algunas ventajas con las fricciones resolutivas y los chorros de vapor.

»El medio mas eficaz á que se puede recurrir es sin contradiccion la compresion unida al amasamiento. Ya la habian recomendado Hendy y Alard, y despues la han ensayado con buen éxito Biett, Rayer, Lisfranc y Cazenave. Pero desgraciadamente apenas puede aplicarse sino á los miembros, y generalmente no es mas que un medio paliativo. La compresion se hace con un vendaje arrollado ó con el de Sculteto, cuidando de comprimir el miembro hasta su estremidad y colocarle en un plano inclinado que facilite la vuelta de la sangre al corazon.

«Algunos enfermos, dice Rayer, fatigados por el enorme peso de las partes afectas, han pedido la amputacion como último recurso contra una enfermedad incurable»; pero Alard, dice, que cualquiera que sea la incomodidad que ocasione el mal, nunca se debe recurrir a la amputacion, aunque algunos modernos la hayan creido hacedera y ventajosa. «Cuando en casos desesperados, añade, se ha querido llegar a este estremo, ha resultado á poco tiempo, que la enfermedad, que solo parecia local por una especie de capricho inesperado, se ha trasladado al lado opuesto, o bien verificándose una desviacion mas funesta se ha fijado en alguna víscera, produciendo accidentes que han hecho perecer miserablemente al enfermo» (loc. cit., p. 357). Felizmente la esperiencia no ha confirmado este juicio, y á los ejemplos de recidivas referidos por Hendy (loc. cit., p. 186) y por Rayer (*Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 438), se pueden oponer los buenos resultados obtenidos por Delpech, Talrich, Clot-Bey, Estienne, Nœgele, Larrey, etc.

»Naturaleza y asiento.—Hendy y Alard opinan como hemos visto, que la elefantiasis de los árabes consiste esencialmente en la inflamacion del sistema linfático, y el último la asimila á la erisipela. «Lo único que parece diferenciar estas enfermedades que afectan unos mismos órganos, dice, es el asiento mas ó menos profundo que ocupan y que hace variar la naturaleza del derrame consiguiente. Como en la erisipela se limita la inflamacion á la superficie de la piel, si produce la rotura de algunos vasos, el fluido que se derrama levanta el epidermis y ocasiona las flictenas que ordinariamente se forman; por el contrario, en la enfermedad que describimos, está el mal en los linfáticos subcutaneos, como lo indican la señal roja y las desigualdades que siguen el trayecto de estos vasos, propagándose luego al sistema capilar. De este modo el derrame que resulta es mucho mas profundo y considerable, y en vez de levantar el epidermis, se infiltra en el tejido celular; se insinúa por las aureolas del corion, coagulándose por su larga permanencia en ellas, y dando á la piel un grueso muy considerable. Esta diferencia, por importante que sea en cuanto á sus resultados, es puramente local y en nada altera la naturaleza de la enfermedad, la que en ambos casos es esencialmente linfática» (loc. cit., p. 307).

»Delpech, Gaide y Fabre han atacado vivamente esta ingeniosa asimilacion. «La calificacion de *afeccion linfática* que esta enfermedad ha recibido, dice el primero, no es mas que una espresion muy vaga del resultado de los esfuerzos que se han hecho para conocer el sistema de órganos particularmente atacados. Admitiendo como demostrado, aunque dista mucho de estarlo, que el sistema linfático es el asiento especial de la enfermedad, aun faltaria determinar cuál era la alteracion que sufria... Esos fenómenos desarrollados espontáneamente, rara vez aislados y que se multiplican en las diferentes regiones del cuerpo, son resultados de una causa comun que debe referirse á la constitucion; empero esta causa

es desconocida hasta el dia, y no parece tener ninguna semejanza con los principios que constituyen la causa necesaria de lo que llamamos *diatesis*» (loc. cit., p. 53). Gaide no cree que las observaciones anatómicas en que se funda Alard sean bastante numerosas para mirar la elefantiasis de los árabes como resultado constante de la inflamacion de los vasos linfáticos, y opina que las venas concurren juntamente con ellos, á lo menos en algunos casos, á producir la enfermedad, del mismo modo que estos dos órdenes de vasos concurren á la absorcion (loco citato, p. 552-560). Por último, Fabre es todavia mas riguroso. «La opinion de Alard, dice, no puede sostenerse mucho tiempo si se la examina con cuidado. Nótese que se funda en la dilatacion, no en la obliteracion de los linfáticos, y que esta misma circunstancia puede convertirse en argumento en contra suya. ¿No seria racional creer que estando obliterada ó muy estrechada la vena principal de un miembro, y no pudiendo ya absorver sus ramitos sino una cantidad menor de la serosidad depositada en las mallas del tejido celular; no se puede creer decimos, que mientras las venas colaterales se ocupan en llevar con dificultad la sangre desde las partes inferiores á las superiores, redoblan los linfáticos su energía para suplir parcialmente el curso de la linfa disminuido en una mitad? No pudiéndose dudar en el dia la absorcion simultánea de las venas y de los linfáticos, una crítica mas detenida de las opiniones de Alard y de los hechos en que se fundan, y un exámen mas estenso de las observaciones publicadas en estos últimos tiempos, nos conducirian sin duda á colocar en primera línea las lesiones del sistema venoso en la produccion de la elefantiasis de los árabes, y á considerar como secundarias las de los linfáticos y del tejido celular (loc. cit., p. 46).

»Ciertamente que la objecion de Fabre es especiosa y bien presentada; pero nos parece sin embargo que es fácil contestarle con ventaja, suponiendo ante todo el infarto primitivo de los gánglios linfáticos que Alard desecha infundadamente, y que Fabre no ha tenido en consideracion. En este supuesto se esplica perfectamente la dilatacion de los vasos, y no es argumento con que pueda impugnarse la teoría de Alard. ¿Porqué no ha de admitirse que una vez detenido el curso de la linfa pueda esta alterarse en la parte afecta? ¿Qué estraño será que las venas, precisamente en razon del importante papel que desempeñan en la absorcion, lleven esta linfa alterada al torrente circulatorio, *esplicándose asi las lesiones consecutivas y secundarias de estos vasos*, y la generalizacion de la enfermedad, segun dice Delpech; generalizacion que por otra parte solo se apoya en dos ó tres casos de recidiva, y que, á nuestro parecer, dista mucho de estar demostrada? No creemos que los que han observado enfermos atacados de la verdadera elefantiasis de los árabes, y que por esta razon han podido observar cuánto se diferencian sus síntomas de los que son propios del edema que sobreviene á veces á consecuencia de los obstáculos en la circulacion de la sangre, adopten las ideas patogénicas de Fabre, sobre todo si se acuerdan de los muchos casos en que se han visto despues de la muerte obliteraciones estensas de casi todas las venas de un miembro, sin haber dado lugar durante la vida á mas síntoma apreciable que alguna ligera infiltracion. Por nuestra parte, mientras no haya otras pruebas en contrario, continuaremos considerando la elefantiasis de los árabes como una afeccion *esencialmente linfática*, que reside en los gánglios y en los vasos simultáneamente, ó al principio solamente en aquellos.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Hendy quiere que se coloque la elefantiasis de los árabes entre las caquexias (clase 3.ª de Cullen; 10 de Sauvages); Pinel la describe con las lesiones orgánicas generales (clase 5.ª, órden I); Alibert forma con ella el tercer género de su sesto grupo *(dermatosis leprosas)*; Cazenave y Schedel la estudian en el órden décimotercio, el cual no entra en su sistema de clasificacion.

»Historia y bibliografía.—«En los libros de los árabes, dice Alard, es donde encontramos los primeros indicios de este mal, desconocido antes de ellos de las naciones europeas; pero la escasa luz que nos dan brilla solo un instante para perderse en seguida en una profunda oscuridad. El mas antiguo de sus escritores, Rasis, que floreció en 850, le consagró un artículo con el título de *elefantiasis*. Este nombre fué causa de mucha confusion, y á él se debe la incoherente mezcla que han hecho despues los modernos de esta enfermedad con la verdadera elefantiasis, que nos habian pintado los griegos con colores tan vivos. Los árabes que vivieron despues de Rasis, aunque le copiaron muchas veces, alteraron el testo de su artículo sobrecargándole con todo lo que su predecesor habia escrito acerca de las várices y con una multitud de testos que tomaron de Galeno. La confusion que reina en sus vastas é indigestas compilaciones, no permite sacar de ellas mas datos positivos respecto de este asunto» (loco citato, p. 95).

»Es preciso llegar hasta Próspero Alpino, quien habiendo observado la enfermedad en Egipto, la describe con algun cuidado distinguiéndola de nuevo de la elefantiasis de los griegos: «Vagatur, dice, et altera elephantia-»sis, ut nuper dictum est, qua correpti, pedes »magnis, duris tumoribus tumidos magnos at-»que deformes habent, elephantium maxime »similes, cruribus tumefactis etiam conjunctos; »quibus tamen æger nihil doloris sentit, sed »ad deambulandum ineptus redditur» (Med. ægipt., p. 56). Por lo demas Alpino no trata ni de la naturaleza de la afeccion, ni de las alteraciones anatómicas que determina, y llama *hernias carnosas* á los tumores elefantiacos del escroto.

»Los médicos ingleses establecidos en las Barbadas, fueron los que en el siglo XVIII llamaron de nuevo la atencion de los patólogos acerca de la elefantiasis de los árabes, y hasta esta época careció la ciencia de noticias esactas acerca de esta afeccion.

»En 1726 publicó Town (*A Treatise on a disorder very frequent in the West-indies, and particularly in the Barbadoes island;* London, 1726) la primera obra, en que anuncia que la enfermedad dependia de un estado vicioso de los humores y atacaba particularmente á los convalecientes de enfermedades largas: por lo demas su descripcion es confusa é incompleta. Hillary, en 1759 (*Observations on the changes of the air and the concomittant epidemical diseases in the island of Barbadoes*, etc.; London, 1759) se elevó á mucho mayor altura que su predecesor: empezó por establecer la identidad de la enfermedad que describia con la elefantiasis de Rasis; despues dió á conocer con bastante exactitud su curso y sus síntomas, diciendo no obstante que estaba siempre fija en las piernas y que era contagiosa y hereditaria; errores que enmendó Hendy en 1784. Este (*A treatise on the glandular disease of Barbadoes; proving in to be seated in the linfatique sistems;* London, 1784) fué el primero que trató completamente este asunto, y que colocó el sitio de la enfermedad en el sistema linfático y especialmente en los gánglios. Hemos demostrado en el discurso de este artículo que la obra de Hendy es todavia un manantial de indicaciones útiles, y solamente le censuraremos por haber querido distinguir la enfermedad de la elefantiasis de Rasis; error, dice Alard, bastante fácil de esplicar en un hombre que confiesa carecer de libros.

»Por último en 1806 apareció la obra de Alard, que es todavía la mas esacta que tenemos y la mas completa en la materia (*Histoire d'une maladie particulière au systeme limphatique*, París, 1806.—*De l'inflammation des vaisseaux absorbants, limphatiques, dermoïdes et sous-eutanés; maladie designée par les auteurs sous le differents noms d'elephantiasis des Arabes, d'œdème dur, de hernie charnue, de maladie glandulaire de Barbade*, etc.; París, 1824). Si despues de él, observaciones mas esactas han dado á conocer mejor la historia anatómica de la elefantiasis de los árabes, y han motivado la opinion de que debia atribuirse la enfermedad á una alteracion del sistema venoso (Bouillaud, *Observations d'elephantiasis des arabes, tendant à prouver que cette maladie peut avoir pour cause première une lesion des veines, etc.;* en *Arch. génér. de méd.* t. VI, p. 567.—Gaide, *Oservation sur l'elephantiasis des Arabes*; en *Arch. génér. de méd.*, t. XVII, p. 533.—Fabre, *Observation d'elephantiasis des Arabes;* en *Revue méd.*, 1830, t. IV, p. 29), no por eso han alterado las demas partes de la cuestion; y por otro lado hemos visto, que hay mucho que decir sobre el modo como se han interpretado. Con todo, algunas observaciones aisladas han venido á probar despues de Alard, que pueden sacarse ventajas de la compresion y aun de la amputacion de las partes afectas en el tratamiento de la enfermedad» (Monneret y Fleury, *Comp. de médecine pratique*, t. III, p. 168–179).

GENERO OCTAVO.

De la pelagra.

»Sinonimia.—*Dermatagra*, *erisipela nerviosa periódica*, de Titius; *mal de miseria*, de Vaccari; *paralisis escorbútica*, de Adalli; *insolacion de la primavera*, de Alverá; *icthiosis pellagra*, de Alibert; *scorbutus alpinus*, de Odoardi y Frank; *elephantiasis italica*, de Good; *tuber pellagra*, de Parrish; *lepra lombárdica*, *pellarsis*, de Swediaur.

»Definicion.—La pelagra es una enfermedad complexa, caracterizada por tres órdenes de fenómenos morbosos: 1.° una inflamacion especial de las vias digestivas, que se estiende desde la boca hasta los intestinos gruesos; 2.° un eritema acompañado de descamacion y de grietas, que ocupa las partes del cuerpo espuestas á la luz; 3.° una lesion grave del sistema nervioso, que se manifiesta por vértigos, temblores, vacilacion al andar, una sensacion penosa á lo largo del raquis, y una perturbacion muy notable de las facultades intelectuales. Esta definicion formulada por Gintrac (*Gaz. méd.*, página 726; 1836) es la mas esacta y completa que se ha dado.

»Alteraciones anatómicas. —José Frank refiere la observacion de una joven en quien no se halló ninguna especie de alteracion, y cuyos órganos, cuidadosamente examinados, en nada se apartaban del estado normal. «El cadaver presentaba ese estado, por decirlo asi, negativo que ofrecen á los ojos del anatómico los individuos que sucumben á una afeccion nerviosa» (*Pathologie médicale*, ed. de *l'Encicloped. des sc. méd.;* t. II, p. 726; Paris, 1836). Este caso puede considerarse como escepcional, pues comunmente se encuentran lesiones relativas á los tres órdenes de síntomas que hemos indicado en nuestra definicion.

»A. *Vias digestivas.* — Las alteraciones de las vias digestivas son las mas constantes: por lo regular estan dilatados los intestinos y el estómago por gases ó por una materia amarilla, verdosa y oleosa; á veces estan reunidos á los órganos inmediatos, al hígado y al bazo por adherencias mas ó menos íntimas (Strambio, *Natura, sede et cogioni della pellagra*, etc.; Milan, 1820); la mucosa gástrica está roja, recorrida por vasos azulados ó negruzcos, blanda, friable y se desprende fácilmente á pedazos. La rubicundez puede estar limitada al fondo mayor ó ser mas intensa en esta region. Ora es de un color rojo uniforme, ora de un rojo oscuro pardusco (Brierre de Boismont, *De la pellagre*

et de la folie pellagreuse, en *Journ. complementaire*, t. XLIII, p. 58). En un caso observado por Gibert presentaba la mucosa gástrica un color gris verdoso, mezclado con arborizaciones y con puntitos de un color rojo oscuro (Roussel, *Histoire d'un cas de pellagre*, en *Revue médicale*, núm. de julio, 1842, pág. 10). Strambio observó tambien un número muy considerable de chapas equimosadas, y José Frank dice haber encontrado manchas gangrenosas en las porciones intestinales inflamadas. Hay casos en que la mucosa se halla ulcerada en diversos puntos ó en casi la totalidad de su superficie (Strambio), y otros en que no ofrece vestigios de ulceracion (Roussel). Las úlceras son irregulares ó redondeadas, y estan rodeadas de un tejido inflamado ó enteramente blanco. Las paredes del estómago se hallan por lo comun adelgazadas y reblandecidas, aunque tambien pueden estar por el contrario engrosadas y endurecidas, presentando una hipertrofia que afecta especialmente al tejido celular y la túnica musculosa (Brierre). Carswell ha encontrado dos veces una gran perforacion procedente del reblandecimiento gelatiniforme de las paredes gástricas, y Strambio ha visto el orificio pilórico estrechado por una degeneracion al parecer escirrosa de sus paredes.

»Los intestinos delgados presentan á menudo muchas coartaciones; de modo que parecen comprimidos por un hilo, en términos de no dejar á veces pasar un estilete delgado: en un caso referido por Strambio se encontraron en el ileon siete estrecheces de este género. Los intestinos gruesos estan generalmente dilatados por gases ó materias fecales líquidas.

»La mucosa intestinal presenta lesiones análogas á las de la mucosa gástrica, pero en general menos pronunciadas: se encuentran puntos rubicundos que parecen corresponder á las vellosidades (Roussel), y las válvulas estan frecuentemente teñidas de un rojo oscuro en su vértice.

»En cinco necropsias practicadas por Brierre de Boismont contenia lombrices el tubo intestinal; el hígado y el bazo pueden estar hipertrofiados, reblandecidos, indurados, etc.; pero estas alteraciones no ofrecen un caracter especial y constante.

»B. *Lesiones cutáneas.*—La rubicundez que se observa durante la vida desaparece en ciertos casos, y es remplazada en otros por un tinte parduzco, sembrado de manchas mas oscuras, semejantes á las que se observan en ciertos escorbúticos; la piel está dura al nivel de los puntos enfermos (Véase *síntomas*); el epidermis forma una capa muy friable, como córnea, entrecortada por grietas mas ó menos profundas: en el caso observado por Gibert (Roussel, loco citato, p. 10) parecian estar confundidos y condensados en una capa rojiza los elementos de la piel situados debajo del epidermis.

»C. *Sistema nervioso.*—Las alteraciones de este sistema existen cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo, cuando ha llegado á un alto grado de intension, y han presentado los enfermos desórdenes de la motilidad, la sensibilidad y la inteligencia.

»Las membranas del cerebro, es decir, la aracnoides y la pia madre, estan inyectadas, infiltradas, engrosadas, adherentes y opalinas; las meninges raquidianas rojas y recorridas por vasos infartados de sangre.

»Comunmente no se encuentran derrames serosos (Brierre); sin embargo, J. Frank y Mandruzzato (*Osservazioni anatomico-patologiche raccolte negli anni* 1815-1816, en *Nuovi comment di med. et chirurg.*, primer semestre; Pádua, 1829) dicen haber hallado derrames considerables en los ventrículos cerebrales, en la base del cráneo y en el conducto vertebral. Gibert comprobó tambien en los ventrículos laterales la presencia de una corta cantidad de serosidad rojiza.

»Las alteraciones del sistema nervioso las ha descrito especialmente Brierre de Boismont. «La consistencia del cerebro, dice este médico (loco citato, p. 58), suele hallarse aumentada. La sustancia gris está mas roja y llena de sangre, la blanca arenosa y punteada; la médula ofrece lesiones análogas. La sustancia gris tiene casi siempre mayor dureza al tacto, y la blanca por el contrario aparece blanda y reducida en una estension mas ó menos considerable á una papilla amarillenta, de un gris sucio, é infiltrada de pus. En el enfermo de Gibert estaba sensiblemente reblandecida la masa encefálica, y esta disminucion de consistencia se notaba principalmente en la sustancia gris (Roussel, loco citato, p. 11): en un caso referido por José Frank (loc. cit., p. 339) «existia un aumento de consistencia en la porcion de la sustancia medular que da origen á la médula oblongada: los cuerpos olivares, las pirámides, la médula oblongada y la misma médula espinal, habian adquirido tal dureza, que tenian una estructura casi tendinosa.»

»Segun Brierre de Boismont, no es raro encontrar engrosados los huesos del cráneo y una cantidad considerable de sangre en la base del mismo.

»El corazon está blando y flácido; los pulmones infiltrados de serosidad ó muy infartados de sangre; pero estas alteraciones son sumamente variables.

»SÍNTOMAS.—La pelagra se presenta por lo comun repentinamente, sin que la anuncie ningun síntoma precursor. No obstante, en ciertos casos esperimentan los enfermos durante algunos dias laxitudes espontáneas, desazon, inapetencia, náuseas, vómitos, dolores de cabeza, vértigos, etc.

»La multiplicidad y diversidad de los fenómenos morbosos que caracterizan la pelagra, y la irregularidad de su curso, hacen muy difícil una descripcion metódica. Considerando Frapolli los síntomas en su conjunto, distingue tres períodos, que describe con los nombres de in-

cipiente, confirmado y desesperado; clasificacion que han adoptado la mayor parte de los autores. Strambio establece igualmente tres grados; pero los funda en los caractéres de las lesiones cutáneas y en el curso de los accidentes. En el primer grado es intermitente la enfermedad, y ofrece la piel una rubicundez eritematosa ó erisipelatosa; en el segundo la enfermedad es remitente, y está la piel cubierta de un número mas ó menos considerable de vesículas; en el tercero es la afeccion contínua, y el epidermis se deseca y cae sin presentar tumefaccion ni rubicundez.

»Los síntomas de la pelagra varian en su desarrollo, en su asociacion, en su intension y en su curso; de modo que no constituyen tres períodos distintos y constantes, y sin embargo presentan una fisonomía conforme hasta cierto punto con el orden que establecen los autores.

»*Primer grado.*—El primer síntoma que se presenta generalmente, segun varios observadores (Brierre, Chiappa), es la perturbacion de las funciones digestivas. Segun otros, comienza la enfermedad por las lesiones cutáneas (Calderini, *Estracto de un informe sobre los pelagrosos de ambos sexos admitidos en el hospital de Milan durante el verano de* 1843, inserto en los *Annales des maladies de la peau*, p. 340, núm. de junio 1844; Marchand, *Mem. sur la pellagre*, en *Gaz. des hôp.*, núm. de 27 julio 1843). En el hecho referido por Guitrac (loco citato) no se presentaron hasta muy tarde los desórdenes digestivos; y por otra parte Calderini habla de un enfermo que no ofreció el eritema ni la descamacion característica, aunque tuvo todos los demas síntomas de la pelagra. Comenzaremos por la descripcion de los síntomas cutáneos, sin que se entienda que por eso prejuzgamos la patogenia del mal (Véase *naturaleza*).

»En el mes de abril, á fines de marzo, y aun en febrero, se hace sentir en la cara dorsal de las manos, en los brazos, en las axilas, en el cuello, en las megillas, en la frente y en las orejas, una tension muy fuerte, acompañada de rubicundez, comezon y calor, que se estienden á los pies y á las piernas cuando se hallan espuestas al aire, y á la region dorsal en los campesinos de Italia que llevan el vestido abierto por la espalda (Frank, loc. cit., pág. 336). Strambio ha visto muchas veces la enfermedad en todo un lado del cuerpo, quedando el otro completamente intacto. Marchand ha visto á la rubicundez en el escroto y la parte anterior del pecho, y Brierre la ha observado con bastante frecuencia en la piel que cubre las mamas y el esternon. La sensacion de calor es á veces sumamente viva, en términos de quitar el sueño á los enfermos, que sienten como si les abrasasen las partes enfermas con un hierro incandescente (Strambio). Tocando estas partes se aumentan notablemente el prurito, el calor y el dolor (Calderini).

»La rubicundez con hinchazon ó sin ella, análoga á la escarlatina ó la erisipela (eritema solar), varia desde el rojo vivo al sonrosado; es mas pronunciada en los dedos, donde suele ofrecer un viso mas oscuro. A poco tiempo se cubre la piel de unas pustulitas muy pequeñas, ó de vesículas que destilan una serosidad inodora ó fétida (Marchand, loc. cit.). En otros casos mas raros se forman ampollas anchas é irregulares, llenas de una serosidad rogiza, que se deseca y forma costras.

»A fines de mayo ó principios de junio se caen las pápulas ó las costras en forma de escamas de todas dimensiones, dejando muchas veces en pos de sí hendiduras ó grietas, mas ó menos dolorosas, que se notan principalmente en los intervalos de los dedos de manos y pies, donde siguen la direccion de las arrugas del cutis.

»Unas veces se presenta la erupcion en superficies anchas é irregulares, y otras toma la forma de manchas redondeadas y aun de puntitos.

»En unos casos no se observa descamacion notable; en otros precede al desarrollo del eritema una esfoliacion epidérmica mas ó menos abundante (Calderini).

»En las vias digestivas se observan fenómenos muy variables; la lengua está roja, seca y resquebrajada; las encias encendidas y blandas; las digestiones son penosas y difíciles; hay estreñimiento, y con mas frecuencia todavia vómitos y diarrea.

»Generalmente no existe ninguna perturbacion nerviosa; pero á veces esperimentan los enfermos dolores lancinantes de cabeza y una especie de punzadas eléctricas en los ojos, en las fosas nasales y en los oidos (Strambio), acompañadas de zumbido y vértigos, tristeza, dejadez y fatiga al mas leve trabajo.

»Cualquiera que sea la variedad de forma que presente la enfermedad, disminuyen gradualmente todos los síntomas al acercarse el otoño; cesa la descamacion; la piel se pone reluciente y flexible, y se cubre de un nuevo epidermis; en una palabra, se restablecen todas las funciones, en términos de que hácia el mes de octubre se completa la curacion, y parece que ha de ser duradera. Pero á la primavera siguiente se reproducen los accidentes *(pelagra intermitente)*, adquiriendo, al cabo de muchas reapariciones análogas, un grado mas alto de intension, que constituye el segundo período.

»*Segundo grado.*—Los síntomas cutáneos son intensos y mas tenaces; se presenta la descamacion en grandes superficies; la piel de las manos y de los pies, sobre todo en los hombres, se pone rugosa, negra, resistente, apergaminada, insensible, y se convierte en gruesas escamas. En las mujeres y en los niños son frecuentes y rebeldes las hendiduras y grietas; estan las uñas rugosas, deformes y hendidas, y suele presentarse una rubicundez erisipelatosa que invade considerables superficies; se le-

vanta el epidermis, y el dermis denudado segrega una serosidad purulenta muy fétida (Calderini, loc. cit., p. 341).

»En una jóven que observó este último autor se veian debajo y alrededor de la nariz, y hasta en la barba, vejetaciones córneas, formadas por unos cuerpecitos aislados de la figura de conos truncados, pegados unos á otros, y que no se podian desprender sin dolor.

»Las alteraciones de las vias digestivas son muy marcadas; la mucosa bucal está roja y cubierta de aftas; la lengua resquebrajada y las encias como escorbúticas; se forman grietas sanguinolentas hácia las comisuras de los labios; existe un tialismo abundante con dificultad de deglutir, y una sensacion de estrangulacion en la garganta; se siente un calor muy incómodo en toda la estension del esófago, con dolor mas ó menos vivo, y que se aumenta con la presion, al nivel de la region epigástrica, y especialmente en la umbilical; á esto se agrega una sed intensa y generalmente una diarrea serosa y abundante (Marchand, loc. cit., página 351).

»Los desórdenes nerviosos son muy pronunciados; la médula espinal está dolorida en todo su trayecto, y el enfermo esperimenta una sensacion de tirantez, que le obliga á echarse hácia atras y que puede ser bastante violenta para hacerlo caer (Brierre).

»Los miembros inferiores se ponen vacilantes y débiles; el paso es inseguro, y llega á estar tan disminuida ó pervertida la accion muscular que no deja al enfermo tenerse en pie; las manos pierden la fuerza para apretar los objetos que se les presentan, y la lengua y la mandíbula inferior estan á veces agitadas de un temblor ligero.

»Los sentidos se embotan y alteran; el oido está duro, la vista débil, y algunos enfermos padecen ambliopia, diplopia y hemeralopia.

»La sensibilidad general está disminuida.

»Las facultades intelectuales presentan desórdenes graves; piérdese la memoria, y caen los enfermos en un estado de estupor muy difícil de disipar ni aun por breves momentos, en una tristeza profunda ó en una verdadera hipocondria; á veces se manifiesta un delirio agudo. El pulso es pequeño, débil y frecuente; la fiebre presenta exacerbaciones irregulares, y en las mujeres suele estar alterada ó suprimida la menstruacion.

»Cuando la enfermedad llega á este grado, todavia se disminuyen los síntomas hácia el otoño, para adquirir nueva intension en la primavera; pero nunca desaparecen completamente los desórdenes digestivos y nerviosos (*Pelagra remitente*).

»*Tercer grado.*—El epidermis toma un color rojo, amarillento ó parduzco; se pone seco, áspero, fungoso y resquebrajado; se forman escamas gruesas, adherentes y sobrepuestas unas á otras por bajo de las cuales se presenta el dermis encendido y como vertiendo sangre. A primera vista se podria creer que existia una ictiosis.

»Entre las escamas se presentan á veces equimosis, cuyo color varia desde el sonrosado al negruzco, y que se asemejan á los del escorbuto, ó á los que produce una contusion (Strambio).

»Muchos enfermos tienen sudores abundantes y de un olor fétido, análogo al del pan enmohecido (Jansen, *de Pelagra*; Leiden 1788. Strambio, Calderini).

»Las encias estan tumefactas, fungosas y á veces sanguinolentas; la lengua profundamente hendida; las aftas se transforman en úlceras profundas, de mal caracter; el tialismo es abundante, continuo, y el líquido que fluye de la boca exhala un olor fétido; en ocasiones son las cámaras involuntarias y sanguinolentas.

»Lo que principalmente caracteriza el tercer grado de la pelagra, es el desorden de las facultades intelectuales, que ha recibido el nombre de *locura pelagrosa*. En efecto, son invadidos los enfermos de enagenacion mental, que toma la forma de lipemania ó monomania religiosa y suicida: algunos sin embargo se vuelven maniacos. Cualquiera que sea la forma primitiva de la locura, siempre termina en la demencia.

»En este grado no se detiene ya la enfermedad, y hace rápidos y continuos progresos (*pelagra continua*).

»Curso y duracion.—Ya hemos dicho que los síntomas de la pelagra ofrecen numerosas variedades en sus modos de asociacion y sucesion: á veces se presenta la enfermedad durante una estacion entera con un sello especial, que no persiste en la estacion siguiente. «Hay años, dice Rayer, en que es muy comun el tialismo, el cual no se presenta absolutamente en otros.» Lo mismo puede decirse respecto de cada síntoma en particular de los pertenecientes á los tres órdenes que hemos indicado.

»Cuando el curso del mal es francamente intermitente, puede prolongarse muchos años su primer período; á veces aun en el segundo permanece estacionaria la pelagra; y Brierre de Boissmont ha visto casos de esta naturaleza, que han durado diez, quince, diez y ocho, y aun cuarenta y cinco años. Calderini asegura que la gravedad de los síntomas no guarda relacion directa con la duracion del mal. Hé aqui las cifras que ha observado este médico en 352 enfermos:

En 114	contaba el mal	3 años de duracion.
138.	. . . .	3 á 12
100.	. . . .	12 á 60

»Terminacion.—La pelagra es curable durante el primer período y á veces hasta principios del segundo; pero téngase cuidado de no tomar por curacion duradera las intermitencias

que caracterizan esta época de la enfermedad: en un grado mas avanzado es inevitable la muerte.

»Considerando algunos la enagenacion mental como una terminacion de la pelagra, han tratado de investigar la frecuencia con que ocurre; pero no estan conformes acerca de este punto. Strambio pretende que es muy rara la locura pelagrosa; Cerri (*Memoria solla pellagra* en *Annali d'Omodei*, n.º de julio, 1817) asegura que de cien enfermos apenas la contrae uno, y que de ciento ó mas delirantes solo uno ó dos propenden á destruirse; Franceschini por el contrario declara, que la locura ataca á la tercera parte de los pelagrosos, y que en todos los delirantes se manifiesta al fin una inclinacion al suicidio; otros hacen subir el número de los enagenados á la mitad y aun á las dos terceras partes, añadiendo que esta proporcion es menor en las mugeres que en los hombres (Brierre de Boismont, memoria citada).

»Muchos enfermos ponen término á sus sufrimientos por el suicidio, y la mayor parte tratan de ahogarse (*hidromania* de Strambio). Sin embargo, Plantanida ha comprobado que los pelagrosos prefieren muchas veces ahorcarse, estrangularse ó precipitarse por una ventana ó desde lo alto de un edificio. El mismo médico asegura que la mayor parte de estos enfermos han tenido tentaciones de estrangular ó de ahogar á sus hijos (Brierre, memoria citada).

»Cuando sobreviene la muerte á consecuencia de los progresos del mal, va precedida de fenómenos complexos. Las digestiones se alteran profundamente y se presenta una diarrea incorregible; se ponen los enfermos estenuados, marasmódicos, y estan minados por una fiebre continua que tiene todos los caractéres de la héctica: «la emaciacion, dice Jourdan, llegan en esta enfermedad á un grado tan alto, que no tiene ejemplo en ninguna otra: en efecto es tal el enflaquecimiento de estos enfermos que parecen verdaderas momias, muriendo en un estado de la mas horrible consuncion. Sin embargo, hay casos en que la obesidad y corpulencia continuan hasta la muerte; solo tienen los enfermos la piel ligeramente arrugada, y por lo demas conservan las apariencias de la salud.»

»Muchas veces se forman derrames serosos en el tejido celular de los miembros inferiores, en las pleuras ó en el peritóneo; tambien se observan con bastante frecuencia bronquitis crónicas y aun tubérculos pulmonales; y á veces viene la muerte precedida de convulsiones ó de contracturas (Strambio).

»Diagnóstico.—Pronóstico.—La pelagra no puede confundirse sino con una dermatosis escamosa (ictiosis, psoriasis); pero los desórdenes de las funciones digestivas y del sistema nervioso, unidos á las circunstancias etiológicas, bastan para hacer imposible este error. Cazenave dice con razon (*Annales des maladies de la peau*, p. 30, n.º de agosto 1843), que la coincidencia de un eritema de las manos ó de una ictiosis con accidentes cerebrales y gástricos, podria figurar una pelagra, si no viniera á disipar toda duda el curso de la enfermedad. Pero si es bastante sencillo el diagnóstico cuando la afeccion ofrece sus caractéres mas marcados, no sucede lo mismo en la invasion y durante el primer período. Nada mas fácil, dice Marchand, que equivocarse sobre la verdadera naturaleza de unos fenómenos entre los cuales no se nota á primera vista ninguna relacion sensible, cuya sucesion puede estar invertida, y que se manifiestan con largos intervalos. Solo una observacion atenta y continuada puede hacernos formar un juicio esacto.

»El pronóstico, siempre grave, lo es especialmente cuando la enfermedad viene de herencia y ha llegado á su tercer período.

»*Causas.—Endemia.*—La pelagra se presentó primitivamente en el Milanesado; despues se estendió progresivamente por la Italia superior, invadiendo el reino Lombardo-Veneto; y en el dia ejerce sus principales estragos en las colinas de la Brianza, en las provincias de Como y de Bérgamo. Se ha creido mucho tiempo que esta enfermedad era peculiar del clima de Italia; pero hechos mas recientes han probado que la pelagra es igualmente endémica en el Mediodia de la Francia, en el departamento de las Landas, en el de la Gironda, y principalmente en el litoral del valle de Arcachon, en el distrito de Bazas, sobre todo en Captieux y en los pueblos del de Mont-de-Marsan, situados á orillas del mar (1).

»La pelagra es desconocida en las ciudades y en las montañas altas, y elige principalmente las alturas medias, las colinas, los valles; pero tambien se encuentra en localidade separadas por grandes diferencias topográficas como el Piamonte y el Frioul, Pádua, Parma, Placencia y Florencia. Strambio ha demostrado que la pelagra reina lo mismo en los paises montañosos y secos que en los bajos y húmedos.

»Se ha buscado naturalmente en las diferentes circunstancias locales las causas de la endemia pelagrosa; pero no se han obtenido resultados mas positivos que respecto del cretinismo y del bocio. La constitucion geológica del hielo, la composicion del aire (Thonvenel), la calidad de las aguas, la alimentacion (*pan de harina de maiz*, segun Marzari; *pan no fermentado*, segun Zaneti; *alimentos sin sal*, se-

(1) Tambien es endémica esta enfermedad en Asturias, donde se conoce con el nombre de *mal de la rosa*. Es estraño que los señores Monneret y Fleury no conocieran la interesante monografia de nuestro Casal acerca de esta afeccion. Los autores franceses que han estudiado la pelagra en estos últimos años, hacen de ella la mencion que se merece. (*N. del T.*)

gun Odoardi, ó *abuso de la sal marina*, segun Guerreschi) son circunstancias que no pueden considerarse *aisladamente* como causas de pelagra, puesto que la enfermedad reina en ciertas localidades donde el agua es escelente; que existen en Italia congregaciones religiosas que hacen mucho uso de la sal, sin que resulte un solo pelagroso (Marzari), y que la pelagra es desconocida en varios paises, cuyos habitantes se alimentan casi esclusivamente de maiz (Holland, Bellotti, etc.).

»Chiappa (*Gazette méd.*, p. 340, 1833), Calderini (*Annales des malad. de la peau*, loc. cit.), y Marchand (*Gazette des Hôpit.*, loc. cit.) se han propuesto probar que la miseria es la causa principal, ó tal vez única, de la pelagra en ciertas localidades, donde es por decirlo asi inevitable, puesto que depende de la esterilidad del suelo, de la atrasada civilizacion de los habitantes, etc,

«La pelagra, dice Marchand, es una degradacion adquirida ó degeneracion fisiológica, determinada por el concurso fatal de causas locales depresivas; un empobrecimiento de la organizacion, producido por un medio en que todo languidece, hombres, animales y vejetales; en fin, un verdadero *mal de miseria.*»

»Hé aquí como esplica Marchand la existencia endémica de la pelagra entre los habitantes de las Landas.

«El suelo de las Landas, donde se observa el eritema endémico, es en general arenoso y estéril; apenas crecen en él los vegetales, ni aun con el auxilio del hombre, y los animales domésticos estan secos y escuálidos: en aquellas dilatadas llanuras rara vez se encuentran manantiales de agua potable, y las que diariamente se usan son pesadas, sucias, de mala calidad, saladas y de un olor térreo; los habitantes las sacan de unos pozos cuya profundidad no pasa de tres varas, especie de cisternas sin revestir, que se alimentan de la filtracion de las aguas llovedizas, filtracion momentánea y rápida como las lluvias mismas, y en cuyo fondo se estanca y corrompe el agua, cargándose de principios deletéreos. El aire de las Landas, seco y sutil, ejerce una accion desecante, que se aumenta con la accion del sol y la proximidad del mar, y á este estado físico del aire deben en gran parte atribuirse el enflaquecimiento de los animales y los hombres y la sequedad é inercia de la piel. A esto se agrega que los habitantes son, no solamente pobres, sino avaros, y se imponen las mas duras privaciones para reunir algun dinero.»

»Puede decirse, añade Marchand, que la pelagra y la avaricia guardan entre sí cierta correlacion y dependencia como de causalidad. Asi es que en la tierra de las Landas, que no engendra sino existencias sin savia, el hombre avaro como ella, y tan miserable como las plantas que deben nutrirlo, aumenta todavia este empobrecimiento de la fuerza orgánica rehusándose los medios de subsistencia. Claro es pues, que debe aniquilarse y sufrir la suerte del árbol, cuya corteza se deteriora y cae por faltarle las condiciones normales de su vida.»

»Marchand ha desenvuelto con mucho talento su opinion sobre las causas de la pelagra, y su escrito merece un estudio detenido. El conjunto de los modificadores higiénicos que ha descrito debe sin duda ejercer un influjo funesto sobre el hombre, y no es probablemente estraño á la presencia endémica de la pelagra en las Landas; pero no existe, á lo menos en igual grado, en muchas localidades donde sin embargo reina esta afeccion.

»A la cuestion de la endemia se refiere la de la estension de la pelagra, y en este punto son mas contradictorias todavia las aserciones que emiten los autores: unos afirman que la enfermedad disminuye todos los años (Carraro); otros creen que se halla estacionaria (Strambio, Marchand), y otros en fin proclaman que se aumenta en una progresion espantosa (Zecchinelli y Brierre de Boismont). En 1820 aseguraba Chiappa al gobierno austriaco, que con la abundancia de cereales y el bajo precio del pan y del vino despues de las cosechas de los años 1817, 18 y 19 habia disminuido el número de los pelagrosos con relacion á los años anteriores, en proporcion de 40, 50 y aun 60 por 100 (*Gazette médicale*, loc. cit.).

»En 1843 aseguró Calderini, fundándose en datos estadísticos de once años, que la pelagra iba en aumento progresivo, difundiéndose cada dia mas por las campiñas de la Lombardia.

»Vamos á examinar brevemente las diferentes causas predisponentes y determinantes, cuya influencia ha podido comprobarse.

»A. *Causas predisponentes. Edad.*—Odoardi y Soler pretenden que la pelagra no se presenta nunca antes de la edad de seis, ocho y aun catorce años, ni despues de la de sesenta; pero Belloti, Ghirlanda y Sacco aseguran que no perdona ninguna edad, y que la han observado con todos sus caractéres habituales tanto en niños de pecho como en octogenarios. Entre los 352 enfermos de Calderini se contaron:

83 de menos de	3 años.
15.	3 á 12.
20.	12 á 20.
120.	20 á 35.
59.	35 á 45.
55.	45 á 60.

»En general las mujeres son invadidas á una edad menos avanzada que los hombres.

»*Sexo.*—Segun Concini, que ha estudiado la pelagra en el principado de Trento, estan las mujeres menos espuestas que los hombres á padecer esta enfermedad; pero todos los demas autores establecen la proporcion contraria, y Alverá asegura que entre 100 pelagrosos apenas se encuentran 12 hombres para 88 mujeres. Esta proporcion es evidentemente exagerada. Calderini contó 162 hombres y 190 mujeres.

Las que crian y las recien paridas se hallan mas propensas que las demas (Chiappa).

»*Profesion.*—La pelagra solo ataca á los habitantes del campo, y con especialidad á los labradores y pastores.

»*Trasmision hereditaria.*—Casi todos los autoses aseguran que la pelagra se trasmite por herencia, y se citan ejemplos de trasmision á todos los miembros de una misma familia durante tres y cuatro generaciones; Zechinelli opina que las dos terceras partes de enfermos pertenecen á familias pelagrosas. Calderini dice haber contado 184 familias afectadas de pelagra hereditaria, en tales términos, que constando de 1319 individuos, los 684 padecian la enfermedad: este médico ha visto familias enteras pelagrosas, desde el abuelo hasta los últimos nietos. Segun Calderini, la herencia es casi la única via de propagacion de la pelagra, y no consiste en la trasmision de una simple predisposicion (loc. cit., p. 341-342). Por otra parte Cerri declara, que aunque ha observado que un niño hijo de padres pelagrosos tiene mas disposicion que los demas para contraer el mal, esta no es una razon para admitir que deba ser atacado: Jourdan (*Dict. des sciences médicales*, t. XL, p. 47) cree que si se declara muy pronto la enfermedad en los hijos de los pelagrosos, es porque los predisponen de una manera especial la debilidad de su constitucion y la influencia del mismo género de vida y de trabajo que dió origen á la afeccion de sus padres. Por nuestra parte admitimos de buen grado este modo de esplicar la influencia de la trasmision hereditaria.

»B. *Causas determinantes.* — *Contagio.* — Strambio, Zechinelli, Comolli y Belloti creen que la pelagra es contagiosa; pero esta creencia, generalizada todavia en el pueblo, se halla enteramente abandonada por casi todos los observadores. Buniva ha hecho en sí mismo, sin resultado alguno, numerosos esperimentos de inoculacion.—*Insolacion.*—La accion de los rayos solares ejerce una influencia incontestable en el desarrollo del eritema pelagroso; pero no puede atribuírsele esclusivamente la enfermedad. Strambio dice con su ordinaria esactitud: «Si quis pellagræ morbo laborans à sole omnimodo abstinet, desquamationem, quidem evitat, non morbi progressum, ergo insolatio non est causa morbi.» El mismo autor ha demostrado que las recidivas ó exacerbaciones que se presentan en la primavera no pueden atribuirse á la insolacion, por cuanto se verifican tambien en los enfermos que, colocados en un hospital, se hallan enteramente sustraidos á la accion del sol.—*Alimentacion.* — No insistiremos mas en lo que anteriormente hemos dicho: no hay razon para creer que ninguna sustancia especial pueda producir el desarrollo de la pelagra (1).

»Tratamiento.—En el tratamiento de la pelagra, dice José Frank, han propuesto sucesivamente los médicos, segun las diferentes hipótesis que han adoptado sobre la causa próxima de la enfermedad, los antiescorbúticos, los resolutivos, los depurativos, los antiespasmódicos, los tónicos específicos, y no seria estraño que á alguno le ocurriese aconsejar aplicaciones repetidas de sanguijuelas al abdomen. Pero sea de esto lo que quiera, la esperiencia demuestra que los baños templados son hasta el dia el único remedio que ha aliviado considerablemente á los enfermos. A los baños debe agregarse tambien un régimen nutritivo» (loco citato, p. 349—350).

»En efecto, los baños deben constituir la base del tratamiento. Los diaforéticos aconsejados por Frapolli, los amargos prescritos por Gherardini, los tópicos emolientes preconizados por Alverá, y los purgantes elogiados por Videmar y Strambio, solo ejercen una accion muy dudosa; al paso que la eficacia de los baños se ha comprobado en gran número de casos. Cierto es que no siempre se obtiene con ellos una curacion completa, porque esta es imposible en cierto grado de la enfermedad (Véase *terminacion*); pero á lo menos se consigue un alivio marcado. Deben darse por la mañana á la temperatura de 27 á 28 grados de Reaumur, cuidando en seguida de enjugar bien á los enfermos.

»De 352 sugetos tratados con los baños, 160 salieron *aparentemente* curados; 118 con una mejoria muy notable; 51 esperimentaron solo un corto alivio, y en 25 no se modificó en manera alguna la enfermedad, ya en razon de su gravedad, ó ya á causa de sus complicaciones (Calderini, loc. cit., p. 343).

»Soler considera la leche como el remedio por escelencia de la pelagra, y Marchand preconiza tambien esta sustancia, cuya eficacia se habia puesto en duda. «El verdadero tratamiento de la pelagra, dice este autor (loc. cit., página 351) es la dieta láctea ú otra equivalente, junta con todo el aseo que se puede obtener de gente ruda é ignorante, que no conoce su valor. Todos los enfermos sometidos á este método se han mejorado, desapareciendo hasta los síntomas mas inveterados y graves y de pronóstico mas alarmante. Al año siguiente no aparecia de nuevo la pelagra, ó se manifestaba con caractéres mas benignos. La continuacion de este régimen durante algunos años consolidaba una curacion, que no hubiera podido obtenerse con los medios terapéuticos recomendados por los autores.» Estas palabras deben ciertamente inclinar á los prácticos que tengan ocasion de observar la pelagra, á esperimentar metódicamente y en mayor escala la dieta láctea.

»Naturaleza y asiento. Clasificacion. — No

(1) El doctor Roussel, á quien tanto debe la historia de la pelagra, cree poder asegurar, con arreglo á sus observaciones propias, que el uso de un maíz alterado ó que no ha llegado á sazon, tiene mucha influencia en el desarrollo del mal. (*N. del T.*)

es posible establecer con alguna certidumbre la patogenia de la pelagra. En nuestra opinion consiste probablemente en una alteracion general; pero ¿cuál es su naturaleza?

»Unos solo ven en la pelagra una afeccion local de la piel ó un *eritema solar*: no tenemos necesidad de combatir esta asercion y demostrar que la pelagra debiera borrarse del cuadro de las afecciones cutáneas en que la han colocado los dermatólogos modernos. Otros hacen de este mal una variedad de la elefantiasis de los griegos, de la psoriasis ó de la fiebre miliar (Allioni), ó una forma del escorbuto ó de la hipocondria. No reproduciremos los diferentes argumentos que se han aducido en pro ó en contra de estas opiniones patogénicas, porque seria abusar de la paciencia del lector, quien por otra parte los hallará espuestos largamente en el artículo PELAGRA del *Dictionnaire des sciences médicales*.

»La mayor parte de los médicos italianos consideran la pelagra como una gastro-enteritis crónica, que desarrolla consecutivamente una inflamacion simpática de la piel: esta opinion, que no carece de probabilidad, ha sido adoptada por Jourdan, Brièrre de Boismont, Marchand, etc. Pero muchas veces son las lesiones cutáneas las que primero se presentan, cuando todavia no existe síntoma alguno de irritacion gastro-intestinal. Si la gastro-enteritis constituyese toda la enfermedad, ¿cómo se esplicaria la intermitencia que suele notarse durante muchos años? En todo caso la gastro-enteritis pelagrosa seria una afeccion peculiar de ciertas localidades, y entonces quedaria sin resolver el problema, puesto que aun faltaria determinar el elemento morboso que daba ese caracter especial á la inflamacion de las primeras vias.

»Strambio y Belloti admiten la existencia de un *virus pelagroso*; pero esta hipótesis es enteramente gratuita. Calderini cree que la pelagra es de naturaleza sifilítica, y se apoya en las consideraciones siguientes:

«La sífilis, contra la cual no se conocia al principio un método racional de tratamiento, inficionó sucesivamente varias generaciones, difundiéndose por las aldeas desde las ciudades en que tuvo su cuna. Pero en estas se la combatió luego con particular esmero; mientras que en las primeras se la dejó ejercer libremente sus estragos, presentarse bajo todas sus formas y alterar todas las constituciones. *Es muy posible* que la pelagra, en la época de su invasion en Lombardia, es decir, unos cincuenta años despues de la aparicion de la sífilis en Europa, se presentase con síntomas mucho mas parecidos á los de esta enfermedad, y que despues haya variado poco á poco...... En la descripcion de la pelagra indican algunos autores ciertos síntomas que tienen una exacta semejanza con los de la sífilis, y aconsejan el uso de los antisifilíticos.... En muchos pelagrosos se observan todos los síntomas de la sífilis: ragades, úlceras, flujos, dolores, cáries, pústulas tuberculosas, erupciones cobrizas, vegetaciones, etc.... Tanto la sífilis como la pelagra se propagan con mas facilidad y ofrecen exacerbaciones mas notables en la primavera. Ambas enfermedades pueden estar latentes muchos años y no aparecer mientras no sobrevengan causas morbosas ocasionales y escitantes. La descamacion de la piel que se presenta en los pelagrosos, se ha observado muchas veces en los sifilíticos, y la melancolia es comun á las dos especies de enfermos» (Calderini, loc. cit., página 342—343). No creemos que pueda darse un gran valor á los argumentos de Calderini; pero el fallo compete á la observacion.

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA. — Frapolli, Della Bona, Videmar y otros sostienen que la pelagra ha reinado en todos tiempos en Italia, y *que es tan antigua como el sol que la produce*: Odoardi, Strambio y la mayor parte de los autores italianos pretenden por el contrario, que la pelagra se presentó por primera vez á principios del siglo XVIII. Por mas que se ha discutido, no se ha aclarado este punto; pero lo cierto es que la enfermedad de que hablamos no empezó á fijar la atencion de los médicos milaneses hasta el año 1740, ni se la estudió con algun cuidado, hasta que en 1771 publicó Frapolli su monografia (*Animaversiones in morbum vulgo pelagram*, en 8.°; Milan).

»Desde esta época ha sido la pelagra objeto de gran número de escritos, entre los cuales merecen citarse los de Odoardi (*D'una spezie particolare de scorbuto*, en *Nuova raccolta de op. scient.*, en 4.°; Venecia, 1776), de Zanetti (*De morbo vulgo pelagra dissertatio*, en *Nova acta nat. curios*, t. VI, 1778), de Gheraldini (*Della pellagra descrizione*, en 8.°; Milan, 1780) y de Alverá (*Tratato delle malattie dell'insolato di primavera, etc.*, en 4.°; Varese, 1781).

»Strambio, padre, estuvo al frente de un hospital consagrado esclusivamente á los pelagrosos, teniendo ocasion de observar gran número de enfermos, y dió en 1785 una descripcion de la enfermedad, mas completa que cuantas se conocian hasta entonces (*De pellagra observationes, in nosocomio pellagrosorum factæ*. en 4.°; Milan, 1785). Despues Jansen (*De pelagra morbo in Mediolanensi ductu endemico*; Leyden, 1788), Tanzago (*Mem. sopra la pellagra*; Pádua, 1789) y Soler (*Osservazioni med. prat. che formano la storia esatta di pellagra*, en 8.°; Venecia, 1791) reasumieron los conocimientos adquiridos.

»En 1794 publicó Strambio un nuevo trabajo sobre la pelagra (*Dissertazioni sulla pellagra*, en 8.°; Milan).

»A principios de este siglo fue cuidadosamente descrita esta enfermedad; de modo que si se hace abstraccion de las hipótesis emitidas sobre sus causas, naturaleza y tratamiento, se encuentran documentos preciosos en los escritos de Facheris (*Mem. sulla pellagra*; Bérgamo, 1804), de Cerri (*Trattato della pellagra*, en 8.°,

Milan, 1817), de Marzari (*Saggio medico-politico sulla pellagra;* Treviso, 1812. *Della pellagra e della maniera d'estirparla in Italia;* Venecia, 1815), de Holland (*On the pellagra of Lombardy*, en *Med. chir. transact.*, t. VIII, p. 317; 1817) y de Zecchinelli (*Alcune reflessioni sullo stato della pellagra;* Padua, 1818).

»En 1819 publicó Jourdan en el *Diccionario de ciencias médicas* (t. XL, p. 81) un escelente artículo, que reasumia perfectamente los escritos de los principales autores italianos.

En 1820 dió Strambio, hijo, una descripcion de la pelagra, á la cual no se ha podido añadir nada desde entonces, y que deberá consultar todo el que quiera tener una idea esacta de la enfermedad (*Natura, sede é cagioni della pellagra*, en 8.°; Milan).

»José Frank describe muy cuidadosamente la pelagra, y da á conocer las opiniones de los principales médicos italianos (*Pathologie médicale*, ed. de *l'Enciclop. des sciences médic.*, t. II, p. 332).

»En 1834 Brièrre de Boismont, que habia estudiado la pelagra en Italia y puéstose en relaciones con gran número de médicos de aquel pais, publicó sobre esta enfermedad una memoria, que se ha reproducido en casi todos los diccionarios, tratados de dermatología, etc. (*De la pellagre et de la folie pellagreuse*, en *Journal complem. des sc. méd.*, t. XLI, p. 366; tomo XLII, p. 355; t. XLIII, p. 52).

»La memoria de Calderini, que se apoya en 352 observaciones, merece ser consultada, y nos ha ayudado bastante en nuestro trabajo (véase un estracto de este trabajo, inserto en los *Annales des mal. de la peau*, número de junio, 1844, p. 340).

»Tambien es digna de mencion especial la memoria de Marchand, donde se halla un buen resumen de los síntomas de la pelagra y un análisis notable de las causas que parecen dar orígen á esta enfermedad en las Landas (*Gazete des hôpitaux*, número del 27 de julio de 1843, p. 350). Dos casos de pelagra se observaron en París durante los años de 1842 y 1843, uno en la clínica de Devergie (*Gazete des hôpitaux*, número del 29 de julio de 1843, p. 355), y otro en la de Gibert. Este último terminó por la muerte, y presentó un cuadro completo de la enfermedad (Roussel, *Histoire d'un cas de pellagre observé à l'hopital Saint-Louis, dans le service de M. Gibert*, en *Revue médicale*, número de julio de 1842) (1)» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 326—334).

(1) Posteriormente ha publicado el señor Roussel su escelente monografía (*De la pellagre, de son origine, de ses progres*, etc. París, 1845, en 8.°), y á consecuencia de una escitacion de los redactores del *Boletin de Medicina* han visto la luz pública en las columnas de este periódico y en las de *La Verdad* algunos artículos notables de profesores españoles. (*N. del T.*)

GÉNERO NOVENO.

Del lupus.

»SINONIMIA. — *Cancer lupus*, de Sauvages; *carkinoma faciei*, de Swediaur; *phymatosis lupus*, de Young; *ulcus tuberculosus*, de Good; *esthiomeno*, de Alibert; *lupus*, de Willan, Bateman, Cazenave y Schedel; *herpes exedens*, *lupus vorax*, *herpes æsthiomenus*, *formica corrosiva* y *noli me tangere*, de diversos autores.

»DEFINICION Y DIVISION.—«El lupus, dicen Cazenave y Schedel (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, 3.ª edic.; París, 1838, p. 413), es una enfermedad, que al principio se anuncia algunas veces por manchas de un color rojo violado, pero comunmente por tubérculos mas ó menos voluminosos, lívidos é indolentes, y caracterizada sobre todo por la tendencia que tiene á destruir las partes que la rodean y los tejidos subyacentes, bajo la forma de úlceras icorosas de mala naturaleza, que se cubren de costras parduzcas, casi siempre muy adherentes, que despues de caidas dejan á la vista nuevas destrucciones.» Esta descripcion sumaria es la única definicion que puede darse del lupus.

»El lupus presenta variedades sintomáticas, que han servido á los autores para establecer algunas divisiones, que tambien nosotros conservaremos, porque estan fundadas en bases sólidas y facilitan singularmente el estudio de la enfermedad. Describiremos pues un *lupus ulceroso*, el cual puede ser *superficial* ó *profundo*, y un *lupus no ulceroso*. La descripcion siguiente pondrá mas en claro la importancia de estas divisiones.

»SÍNTOMAS.—A. *Lupus ulceroso.—Lupus exedens* (Rayer).—1.° *Lupus que corroe superficialmente* (Cazenave y Schedel).—*Estiomeno ambulante* ó *serpiginoso* (Alibert).—*Lupus superficialis* (Copland).—No siempre empieza la enfermedad de un mismo modo: las mas veces se forma en una de las mejillas, en las alas ó estremidad de la nariz, hácia las comisuras de los lábios ó bien en el cuello, un punto rojo, prominente, duro, indolente, y por lo comun muy pequeño. Esta ligera tumefaccion permanece estacionaria durante mucho tiempo, y no progresa sino muy lentamente; pero en otros casos, por el contrario, se acrecienta con rapidez, y entonces existe un tumorcito al que se da el nombre de *tubérculo*. Unas veces se halla este aislado, y otras se desarrollan por el contrario tubérculos semejantes en número mas ó menos considerable, que se reunen por su base, y ocupan una superficie en ocasiones muy estensa.

»Al cabo de un tiempo variable, adquiere la superficie tuberculosa un tinte violado y se reblandece, pareciendo cuando se la toca que existe algun líquido debajo de la piel. Fórmanse entonces unas costritas ó escamas delgadas,

de un color blanco gris, que se caen y renuevan alternativamente, hasta que al fin son reemplazadas por una ulceracion superficial.

»Sucede algunas, aunque raras veces, en particular cuando la enfermedad ocupa la nariz, que no se observan tubérculos, presentándose roja la mucosa nasal hácia la entrada de las fosas nasales, en cuyo punto se forma una costrita, que cuando se cae ó se la arranca deja descubierta una úlcera: la nariz está roja é hinchada. La enfermedad empieza indistintamente por la piel que cubre las alas de la nariz ó por la estremidad de este órgano.

»Cualquiera que haya sido el modo de desarrollarse la ulceracion, esta adquiere muy luego algunos caractéres que le son propios y se estiende sucesivamente destruyendo solo las capas mas superficiales de la piel. «Cazenave y Schedel dicen que el lupus se propaga y hace nuevos progresos, á beneficio de otros tubérculos que circunscriben los tejidos destruidos por él, y forman una especie de rodete duro, rugoso y tumefacto, que se ulcera al cabo de algun tiempo.»

»La enfermedad puede estenderse á la mayor parte ó á la totalidad de la cara, y á medida que invade las partes sanas, se forman en los puntos anteriormente ulcerados cicatrices parciales, prominentes, deformes, blancas, duras, fruncidas, irregulares y análogas á las que resultan de una quemadura profunda; pero muy pronto las destruyen otras úlceras nuevas. «En efecto, las cicatrices se continuan siempre con tubérculos mas ó menos voluminosos, á los cuales se hallan como adheridas, y en cuyo vértice se establece una ulceracion, que apoderándose de ellas las destruye con mucha prontitud» (Cazenave y Schedel, loco citato, p. 416).

»Las cicatrices pueden destruirse y formarse muchas veces en unos mismos puntos; pero en este caso pierden sus caractéres primitivos, adquiriendo un color sonrosado y poniéndose blandas, lustrosas y gruesas en algunos puntos; al paso que en otros son tan delgadas, que aparecen como trasparentes, y estan amenazando romperse.

»Las cicatrices ocasionan algunas veces deformidades graves: los párpados inferiores estan invertidos hácia fuera; los ojos se inflaman y aparentan tener un volumen mayor que el natural; la conjuntiva se engruesa; se altera la córnea, y mas tarde se hace completa la ceguera (Rayer, *Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. II, p. 176; Paris, 1835). Las aberturas de la nariz se hallan estrechadas, y las comisuras labiales tan contraidas, que el enfermo no puede abrir la boca sino con trabajo ó incompletamente.

»El lupus superficial puede ocupar la cara y el cuello como ya hemos dicho; pero los puntos donde principalmente se le observa son el pecho, los miembros y la parte anterior de los muslos.

»2.° *Lupus que corroe en profundidad* (Cazenave y Schedel); *estiomeno terebrante*, *perforante* (Alibert); *lupus fagedénico* (Copland); *lupus vorax*, *papula fera*, *formica corrosiva.*—Esta variedad ocupa casi esclusivamente la nariz, y empieza por las alas ó la estremidad de este órgano. Los tubérculos son raros; la enfermedad se manifiesta al principio por una tumefaccion de la piel acompañada de una rubicundez violada, y la ulceracion aparece de pronto.

»En la porcion ulcerada se forman costras muy adherentes, que adquieren á veces un grosor considerable, y por debajo de las cuales progresa en profundidad la pérdida de sustancia, sin que el enfermo sienta ningun dolor, destruyéndose, no solamente las partes blandas, sino tambien los cartílagos y los huesos. Cuando se levanta la costra, fluye de la úlcera un líquido sero-purulento fétido y abundante.

»La parte anterior de la nariz es á veces la única que se destruye; pero en otros casos desaparece este órgano casi completamente, y la enfermedad invade toda la estension de las fosas nasales, la mucosa palatina y hasta las mismas encias (Andral, *Journ. hebdomadaire*, segunda série, t. VIII, p. 99).

»Cuando el mal es circunscrito, está hinchada la nariz, la membrana mucosa nasal se halla afectada de una inflamacion crónica y suministra un flujo fétido.

»Se han visto enfermos que presentaban únicamente una sola úlcera muy pequeña, que ocupaba una de las alas de la nariz perforándola como lo haria una barrena (*estiomeno terebrante* de Alibert).

«En una variedad del *lupus exedens*, dice Rayer (loc. cit., p. 197), las úlceras se cubren de tumorcitos rojos, blandos, como fungosos y muy prominentes. Esta variedad es rara y de las mas graves.»

»B. *Lupus no ulceroso.*—*Lupus con hipertrofia* (Cazenave y Schedel); *lupus non exedens* (Rayer). Referiremos al lupus *no ulceroso* la variedad que describen en estos términos Cazenave y Schedel.

«En algunos casos muy raros parece que la enfermedad afecta únicamente las capas mas superficiales del dermis: esta variedad se presenta en la cara y particularmente en las megillas. No se desarrollan tubérculos ni se forman costras; pero se esfolia el epidermis de la superficie enferma; la piel adquiere un color rojo, y se adelgaza gradualmente, poniéndose lisa, brillante, rubicunda y ofreciendo en seguida la apariencia de una cicatriz que se hubiera formado despues de una quemadura superficial. La rubicundez desaparece á la presion del dedo, y el enfermo no esperimenta ningun dolor, á no ser cuando se comprime la parte afectada; la cual se hace sensible despues de un violento ejercicio ó de un esceso en la bebida. Cuando la enfermedad deja de hacer progresos, desaparece la rubicundez y no se ob-

serva ya la esfoliacion epidermica; pero la piel queda delgada y lustrosa, esta seca al tacto y parece haber disminuido de grosor» (loc. cit., p. 415).

»El lupus no ulceroso se presenta casi siempre bajo una forma completamente distinta. Empieza por tubérculos numerosos, blandos, indolentes, poco elevados, y de un color rojo leonado; cuyos tumores no se ulceran, ó solo ofrecen pequeñas ulceraciones accidentales, y sin embargo, al cabo de algun tiempo, presentan unos puntos blancos, verdaderas cicatrices que vienen á reemplazar á los tubérculos antiguos. «Lo mas notable en esta enfermedad es la formacion de las cicatrices que suceden á los tumorcitos circunscritos, sin que estos se hayan ulcerado préviamente ni cubierto de costras; pareciendo como si progresivamente hubiesen sido empujadas hácia fuera todas las capas de la piel y destruídose por descamaciones sucesivas» (Cazenave y Schedel).

»Los tubérculos se ensanchan por su base y se reunen; la piel se hipertrofia; se infarta el tejido celular subyacente, y la cara está abotagada y deforme, presentando los enfermos un aspecto horroroso, que todos los autores describen en los mismos términos.

«La cara, dice Rayer (loc. cit., p. 199), puede adquirir un volumen monstruoso; las megillas estan blandas, flácidas, se deprimen con facilidad, conservan hasta cierto punto la impresion del dedo, y ofrecen un aspecto análogo al de la elefantiasis de los árabes cuando ocupa las mismas partes; la frente y los párpados estan abotagados; los ojos, cubiertos por las masas hipertrofiadas, se hallan ocultos en el fondo de sus órbitas; los labios considerablemente hinchados, forman dos rodetes que presentan á la vista su membrana mucosa invertida hácia fuera, y por último las orejas participan algunas veces de la tumefaccion general del rostro.»

»La cara es el sitio casi esclusivo del lupus con hipertrofia, aunque Rayer lo ha visto presentarse en las estremidades.

»Las diversas formas de lupus que acabamos de enumerar, pueden encontrarse reunidas en un mismo individuo y producir desórdenes de tal naturaleza, que casi es imposible describirlos: es preciso haber visto enfermos atacados de un lupus grave, para formarse una idea de lo horroroso que es su aspecto: no hay ciertamente otra enfermedad que produzca tan terribles estragos é imprima á la fisonomia del hombre un aspecto tan horrible y asqueroso. Figurémonos los ojos sin párpados, la nariz reemplazada por una abertura deforme, los labios invertidos hácia fuera, la boca estrechada y torcida, las megillas cubiertas de cicatrices, de costras y de úlceras, y tendremos una ligera idea del aspecto horroroso que tales alteraciones imprimen á la fisonomia. «Quién podria pintar, dice Alibert (*Monographie des dermatoses*, en 4.°, p. 419; Paris, 1832), aquellas elevaciones irregulares, aquellas vegetaciones mamelonadas, aquellas hipertrofias celulosas que resultan de cicatrices mal dirigidas, aquellos costurones cilíndricos que recorren la cara en diversos sentidos, aquellos tejidos flojos y flácidos, aquella piel, ora fruncida, ora abotagada, aquellas escrecencias fungosas que se parecen á hongos ó á yemas de parra, aquellas tumefacciones ganglionicas que dan á la cara el aspecto de una cabeza de cabra, con los párpados invertidos, con estafilomas, con retracciones forzadas que imprimen al rostro visages estravagantes, con estrechez fortuita de los sacos lagrimales que obliga á las lágrimas á estancarse alrededor del globo del ojo, y otros mil caprichos horribles de una naturaleza desordenada, que nada respeta y que todo lo desfigura!

»Curso, duracion, terminaciones.—El curso del lupus es muy lento en general, y por lo comun trascurren muchos años antes que se manifiesten desórdenes graves: hasta sucede muchas veces que se prolonga la enfermedad tanto como la vida de los enfermos, sin abreviarla ni producir grandes pérdidas de sustancia. Sin embargo, en ciertos casos camina el *lupus vorax* con estremada rapidez, habiendo acontecido destruirse enteramente la nariz en el espacio de algunos dias (10 á 15).

»El lupus no se cura jamás espontáneamente: en la forma hipertrófica se obtiene algunas veces por medio de un tratamiento metódico, y siempre muy largo, una curacion sólida: los tubérculos se resuelven poco á poco, y la piel vuelve á su estado natural, aunque casi siempre conserva un grueso mas considerable.

»El lupus ulceroso resiste por lo comun á todos los recursos del arte; y aunque se consigue á veces hacer mas lento su curso, detener sus progresos y que se cicatricen algunas úlceras, muy luego se reproduce el mal volviendo á adquirir nueva actividad. Aun en los casos mas felices quedan los enfermos desfigurados por cicatrices estensas y deformes.

»El lupus no produce la muerte por si solo. Sin embargo, en algunos casos muy raros en que la enfermedad habia destruido no solamente la piel, sino tambien los cartílagos y los huesos, estendiéndose á las encias y al paladar, han visto Cazenave y Schedel presentarse síntomas de una gastro-enteritis crónica, sucumbiendo los enfermos á una fiebre lenta, acompañada de una diarrea colicuativa.

»Diagnóstico.—El lupus solo puede confundirse con la elefantiasis de los griegos, el grano canceroso de la cara y con ciertas formas de sifílides. Pasaremos á indicar los caractéres que distinguen estas afecciones entre sí, previniendo sin embargo que el diagnóstico es con frecuencia muy difícil.

»*Elefantiasis de los griegos.*—El lupus hipertrófico es el único que tiene alguna analogia con la elefantiasis de los griegos; pero en esta última afeccion aparece la piel de un tinte leo-

nado particular; los tumores presentan una forma que les es propia, siendo desiguales, abollados y ocupando diferentes partes del cuerpo; cuando existen úlceras son superficiales y no propenden á invadir las partes sanas, y en fin, la enfermedad va acompañada de otros síntomas característicos (V. ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS).

»*Grano canceroso de la cara.*—El noli me tangere se ha confundido muchas veces con el *lupus vorax* (Bachelet de Lindry, *Dissert. sur la dartre rongeante*, tésis de Paris, 1803), y á pesar de los esfuerzos que ha hecho Biett para establecer el diagnóstico diferencial de estas dos afecciones, es preciso reconocer que con harta frecuencia solo se puede evitar el error observando por algun tiempo el curso de la enfermedad. Sin embargo, las circunstancias siguientes tienen un valor incontestable.

»El tubérculo canceroso no ataca por lo comun sino á las *personas avanzadas en edad*; es único; está rodeado de una base dura y circunscrita; va acompañado de una tumefaccion inflamatoria de las partes blandas; se observan en él con frecuencia dolores lancinantes muy agudos; *se exaspera por las cauterizaciones;* las úlceras cancerosas tienen los bordes redoblados hácia fuera, húmedos, doloridos y fungosos; jamás dan lugar á la formacion de costras secas, gruesas y adherentes, y no se estienden en superficie.

»*Sifílides.*—Las sifílides tuberculosa y ulcerosa son con frecuencia muy difíciles de distinguir del lupus.

»Se ha dicho que los tubérculos sifilíticos son mas voluminosos, redondeados y prominentes; que no se observa en ellos esfoliacion alguna; que propenden menos á la ulceracion, y que presentan un color rojo cobrizo característico. Las úlceras venéreas tienen los bordes tumefactos, cortados perpendicularmente segun el grosor de los tejidos, y son tambien de color cobrizo. Las alteraciones venéreas se desarrollan al principio en los huesos, no se estienden á la piel sino consecutivamente, y por lo comun se encuentran en adultos.

»Estos caractéres diferenciales no tienen todo el valor que podria desearse: generalmente es indispensable tener en cuenta los signos conmemorativos, los accidentes venéreos primitivos, y sobre todo los síntomas coexistentes de sífilis constitucional, para llegar á conocer la naturaleza de la afeccion.

»PRONÓSTICO.—El pronóstico es siempre grave, no porque la enfermedad comprometa por sí sola la vida del enfermo, sino porque es siempre muy larga y produce deformidades indelebles.

»Cuando el lupus va acompañado de una hipertrofia considerable, cuando á las ulceraciones antiguas suceden otras nuevas, y las cicatrices formadas anteriormente vuelven á abrirse, es muy fatal el pronóstico. Si las cicatrices permanecen blandas, azuladas, percibiéndose en ellas con el dedo una sensacion de fluctuacion, y estan circunscritas por tubérculos, es casi cierto que la enfermedad volverá á reproducirse (Cazenave y Schedel, loc. cit., pág. 430).

»COMPLICACIONES.—La única complicacion que puede acompañar al lupus es la erisipela de la cara, la cual, ó bien se desarrolla espontáneamente, ó bien es producida de un modo manifiesto por las cauterizaciones que se practican para combatir el lupus. «En algunas circunstancias, dicen Cazenave y Schedel, puede la erisipela ofrecer graves inconvenientes; pero en las mas, lejos de constituir una complicacion funesta, es un accidente favorable; pues en efecto ya hemos visto que muchas veces va seguida la aparicion de este exantema de los resultados mas ventajosos; que bajo la influencia de esta inflamacion accidental cambian de aspecto las superficies afectadas, se hace mayor la vitalidad de la piel, y es mas activa la resolucion, terminándose la enfermedad de una manera tan prontamente feliz como inesperada» (loc cit., p. 424). La erisipela solo ejerce esta influencia favorable en la forma hipertrófica del lupus. Por lo demas ya hemos discutido en otra parte el valor de estas proposiciones (V. ERISIPELA).

»CAUSAS.—El lupus se manifiesta igualmente en ambos sexos. Rayer opina, sin embargo, que es tal vez mas frecuente en las mujeres. Casi nunca se desarrolla despues de los cuarenta años, siendo mas comun entre los diez y seis y los veinticinco: se presenta mas á menudo en el campo que en las ciudades, cuya predileccion se atribuye al uso de malos alimentos y de habitaciones mal sanas. «Asegúrase, dice Rayer, que los habitantes pobres de la alta Auvernia, que solo se alimentan de sustancias acres, de quesos rancios, de carnes fermentadas, y que viven en la misma habitacion que sus ganados, padecen el lupus con mucha frecuencia.»

»Un modificador esterno, como un golpe ó una caida, pueden ser causa ocasional del lupus; pero la enfermedad depende por lo comun de un estado general, de la constitucion escrofulosa: ya volveremos á hablar de esta materia (V. *naturaleza).*

»TRATAMIENTO.—El tratamiento del lupus es general ó local.

»*Tratamiento general.*—«El tratamiento general es las mas veces muy sencillo, decian en 1838 Cazenave y Schedel, pues consiste tan solo en algunas bebidas amargas, en la administracion de baños, y en una higiene bien dirigida: asi es que generalmente no basta por sí solo para destruir esta grave y rebelde enfermedad» (loc. cit., p. 431).

»Despues de escritas estas líneas, la observacion ha modificado las opiniones de Cazenave; pues este médico concede en la actualidad un gran valor al tratamiento general del lupus, y lo cree mas útil que el local: mas adelante discutiremos el valor de este hecho (véase *naturaleza*).

»El tratamiento general del lupus es el mismo que el de las escrófulas, y ya lo hemos espuesto detenidamente al ocuparnos de esta última enfermedad (V. Escrófulas). Para evitar repeticiones inútiles, nos contentaremos con recordar aquí el uso del hidroclorato de cal (una dracma para libra y media de agua: una á doce ó quince cucharadas por dia), las preparaciones marciales, sulfurosas, iodadas, los amargos, el jarabe antiescorbútico, el aceite animal de Dippel (5 á 25 gotas al dia) y el cocimiento de Feltz. Biett emplea algunas veces las preparaciones arsenicales (píldoras asiáticas, soluciones de Pearson ó de Fowler). Rayer asegura que el deuto-ioduro de mercurio (de $\frac{1}{4}$ á $\frac{1}{5}$ de grano) es el único remedio que ha ejercido á su parecer una influencia incontestable en el curso de los tubérculos del *lupus non exedens* (loc. cit., p. 21).

»Deben ponerse los enfermos en condiciones higiénicas favorables; habitar en parages secos, bien ventilados; sustraerse á un calor ardiente lo mismo que á un frio riguroso; hacer uso de alimentos de buena calidad, y guardar un régimen fortificante (carnes asadas, vinos generosos, etc.).

»*Tratamiento local.*—Cuando los tubérculos no estan ulcerados, debe procurarse obtener su resolucion, para lo cual se hacen ligeras fricciones con la pomada de proto-ioduro de mercurio (40 granos por onza de manteca), ó de deuto-ioduro del mismo metal (18 granos por onza de manteca: Biett, *Journal hebdomadaire*, t. IV, p. 76). Algunas veces, con el uso de estas unturas se pone roja la piel; adquiere mas calor, y los tubérculos se aplanan y resuelven, desarrollándose con frecuencia una erisipela, que ejerce una accion saludable. Biett ha obtenido efectos ventajosos del aceite de Dippel, en los casos en que se hallaba tumefacta la nariz, y tenia un tinte violado acompañado de una esfoliacion epidérmica. Los cáusticos que indicaremos mas adelante, ejercen algunas veces una accion eficaz; pero antes de aplicarlos sobre los tubérculos es préciso cubrirlos con un vejigatorio, para despojarlos del epidermis que los cubre. Los chorros de vapor suelen ser tambien muy útiles.

»Cuando estos medios han sido insuficientes y los tubérculos se ulceran en su vértice, deben abandonarse las unturas, pues entonces parece que se aumentan las ulceraciones (Cazenave y Schedel).

»Rayer ha propuesto, con el fin de evitar que se estiendan los grupos tuberculosos, circunscribirlos con una incision ó con una cauterizacion profunda; pero este medio jamás ha impedido el desarrollo de nuevos tubérculos mas allá del límite artificial trazado por el instrumento cortante ó el cáustico.

»Cuando la piel está ulcerada, es preciso modificar la vitalidad de los tejidos, para que la pérdida de sustancia, en lugar de hacer continuos y nuevos progresos, propenda á cicatrizarse.

»Con este objeto se han preconizado una multitud de medios: las lociones con una solucion de acetato de plomo, de sulfato de alumina, de bicarbonato de sosa ó de potasa, con el agua artificial de Bareges, etc., son casi siempre insuficientes, viéndonos por lo tanto obligados á recurrir á las sustancias cáusticas.

»El alumbre, la manteca de antimonio, el precipitado rojo y el ácido sulfúrico, no han producido ningun resultado (Alibert, loc. cit., p. 423).

»El *nitrato de plata* en sustancia ó disuelto debe desecharse segun Cazenave y Schedel. Rayer opina que puede emplearse con esperanzas de buen éxito, despues de hacer una ó muchas cauterizaciones con otra sustancia mas enérgica.

»El *nitrato ácido de mercurio* se considera generalmente como un buen remedio, sobre todo cuando se trata de cauterizar la nariz, la entrada de las fosas nasales ó las encías. Se le puede aplicar, no solamente en las úlceras, sino tambien en los tubérculos y en las cicatrices que amenazan romperse.

»El *ácido hidroclórico* se ha empleado con buen éxito por Alibert.

»Los *polvos de Dupuytren* (proto-cloruro de mercurio 99 partes; ácido arsenioso 1 parte) son útiles en los niños, en las mujeres y en las personas irritables.

»La *pasta arsenical de Fr. Cosme* es un medio enérgico, al que se recurre con ventaja cuando el lupus sigue un curso rápido (*lupus vorax*), resistiéndose á los demas cáusticos, y las úlceras son profundas y de mala calidad.

»La aplicacion de este cáustico va seguida por lo comun de ciertos accidentes locales, que es preciso conocer para no asustarse cuando se desarrollen: casi siempre sobreviene una erisipela, que algunas veces es muy intensa; se hincha toda la cara, y el enfermo esperimenta una violenta cefalalgía; pero estos fenómenos no tardan en disiparse por si solos ó á beneficio de un tratamiento apropiado (pediluvios sinapizados, dieta, sanguijuelas, etc.).

»Se recomienda con razon no aplicar cada vez sino pequeñas cantidades de la pasta arsenical, por temor de que se verifique una absorcion demasiado considerable, determinando efectos tóxicos de gravedad. Es prudente conformarse con este precepto; pero los temores que tienen algunos médicos parecerán exagerados, si se reflexiona que es muy escasa la absorcion en las úlceras antiguas y de mala calidad. «Hemos visto emplear gran número de veces la pasta arsenical, dicen Cazenave y Schedel, y no hemos observado un solo ejemplo en que su aplicacion fuera seguida de esos fenómenos generales, graves y verdaderamente peligrosos, que sin bastante motivo se ha supuesto que debian seguir constantemente á su uso» (loc. cit., p. 435).

»La *cauterizacion con el hierro candente* ha

producido siempre malos efectos, y en general está abandonada.

»La *tintura cáustica de iodo* es el único agente que emplea Lugol (*Troisième mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses*, p. 61; Paris, 1831); pero uno de nosotros lo ha visto usar gran número de veces en la época que estuvo de interno en el hospital de San Luis, sin haberle podido atribuir una eficacia particular (V. Escrófulas).

»En la gran mayoría de casos se resiste el lupus á las medicaciones mejor dirigidas; lo cual nos recuerda las siguientes palabras que Alibert tuvo el valor y la buena fé de escribir, y cuya esactitud hemos tenido ocasion de comprobar con demasiada frecuencia.

«Nada mas perjudicial á la ciencia que el tono afirmativo que toman ciertas gentes para acreditar sus procedimientos, cuando está probado por tantos esperimentos, que el estiomeno desconcierta á la vez todas las combinaciones de la medicina y las maniobras de la cirujia. Nadie ha tenido mas ocasiones que nosotros de observar el curso y los efectos de esta espantosa enfermedad, que abunda estraordinariamente en el hospital de San Luis, donde se encuentra en proporcion tan considerable, que apenas deja espacio á las demas afecciones morbosas. Las tentativas que hemos hecho sobre esta materia son innumerables; pero sentimos decir que no han correspondido á nuestras esperanzas: en una palabra, hablando con verdad no hay hasta el dia remedio alguno seguro contra tan temible plaga» (Alibert, loc. cit., p. 422).

»Cualquiera que sea el cáustico que se emplee, debe aplicarse en un punto circunscrito, atacando sucesivamente las diferentes partes enfermas: es preciso limpiar y deterger las úlceras, procurando la caida de las costras que las cubren, por medio de lociones y cataplasmas emolientes.

«Conviene vigilar constantemente la formacion de las cicatrices, para impedir que se establezcan deformidades peligrosas, y se obstruyan las aberturas naturales. Así, por ejemplo, se deberá cuidar con mucha asiduidad de que no se cierren las aberturas de la nariz; para lo cual se introducirá en ellas todos los dias unos cilindros de esponja preparada; cuya precaucion ha de continuarse mucho tiempo, porque la tendencia de dichos orificios á estrecharse no se observa tan solo mientras existe la ulceracion, sino aun mucho despues de haberse formado cicatrices sólidas» (Cazenave y Schedel, loc. cit., p. 437). Estos importantes preceptos, fruto de la observacion y de la esperiencia, se descuidan harto á menudo por los médicos que han visto pocas enfermedades de la clase que nos ocupa.

»Naturaleza.—Los numerosos hechos que ha observado uno de nosotros en el hospital de San Luis, nos indujeron á considerar el lupus como uno de los síntomas, como una forma de las escrófulas (*escrófulas cutáneas*, V. Escrófulas). Habiamos resuelto no describir el lupus por separado, refiriendo su historia á la de la afeccion escrofulosa; pero habiendo hecho presente nuestro proyecto al señor Cazenave, lo hemos abandonado, sin renunciar no obstante á una opinion patogénica que exige nuevas observaciones.

»El lupus aparece en la gran mayoría de los casos, en individuos que ofrecen, si no síntomas de escrófulas confirmadas, por lo menos una constitucion escrofulosa mas ó menos caracterizada: á veces, sin embargo, existe en sugetos que estan por lo demas perfectamente sanos y que *presentan todas las apariencias de la mejor constitucion*. Teniendo en cuenta esta última circunstancia, de cuya verdad responde Cazenave, nos hemos visto obligados á ceder de nuestro propósito; pero no obstante, sometemos al lector las consideraciones que siguen:

»1.° Muchas veces se manifiestan de pronto accidentes manifiestamente escrofulosos en individuos que no presentaban ninguno de los caractéres de la constitucion escrofulosa.

»2.° Sabido es que el hábito esterior no siempre nos da á conocer ciertas alteraciones generales, cuya existencia se revela mas tarde de una manera evidente.

»3.° El lupus es muchas veces hereditario, y reconoce las mismas causas predisponentes que las escrófulas (V. esta enfermedad). Podemos responder de la esactitud de este hecho, que parece haberse escapado á la atencion de los autores.

»4.° Cazenave dice en la actualidad, que es indispensable recurrir á un tratamiento general anti-escrofuloso para curar el lupus.

»Sin conceder á estas proposiciones otro valor que el que es imposible negarles ¿no podria decirse que el lupus es probablemente una forma de la afeccion escrofulosa y algunas veces su mas leve espresion?

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—El estiomeno constituye el cuarto género del cuarto grupo (*dermatosis herpéticas*) de Alibert; donde se halla al lado de la psoriasis, del eczema, del impetigo, etc. Supérfluo seria demostrar cuán infundada es semejante clasificacion, y cuán opuesta á las sanas ideas de patogenia.

»Willan y Bateman colocan el lupus en el órden de los tubérculos (órden VII), al lado de las *berrugas*, del molluscum, de la acnea y de la elefantiasis; pero estos autores no han tenido en cuenta mas que la presencia de los *tubérculos*, sin elevarse á la naturaleza de la enfermedad. Biett, Cazenave y Schedel, han comprendido el verdadero sentido de la cuestion, y sin decidirse sobre la causa próxima del lupus, han formado un órden separado para esta enfermedad, que por su *naturaleza*, dicen estos autores, no puede referirse á ninguno de los establecidos en la clasificacion de las enfer-

medades de la piel. Si la observacion llegase á justificar las opiniones que hemos emitido relativamente á la naturaleza del lupus, deberia esta enfermedad estudiarse con las escrófulas en los tratados de patologia.

»Historia y bibliografia.—Se ha querido aplicar al lupus algunos pasages de Hipocrates, de Celso y de Avicena; pero es imposible en realidad fijar con certidumbre el valor de unas espresiones, que podrian referirse á la mayor parte de las enfermedades de la piel. Solo se ha estudiado cuidadosamente el lupus en las obras de Alibert, de Cazenave y Schedel y de Rayer; Bateman no consagra mas que algunas líneas á su historia» (Monneret y Fleury; *Compendium de médecine pratique*, tomo V, páginas 569-575).

GÉNERO DÉCIMO.

De la púrpura.

»Sinonimia.—*Purpura* de Sauvages, Vogel, Sagar, Willan, Cazenave y Schedel; *porphyra* de Good; *petachiæ sine febre* de Burserius; *phœnigmus petechialis* de Sauvages; *profusio subcutanea* de Young; *purpura hæmorraghica* de Willan; *stomacace universalis* de Sauvages; *exanthisma purpura* de Young; *peliosis* de Swediaur y Alibert; *hæmacelinosis* de Pierquin: *hœmorrhœa petechialis*, *hæmatorrhea*, *hemorrhagia universalis*, *morbus hæmorrhagicus*, *morbus maculosus*, *echimosis spontanea*, *morbus Werlhoffii y febris petechialis* de diversos autores.

»Definicion.—Hánse descrito con las denominaciones que acabamos de referir, afecciones muy distintas entre si, pero que todas tienen el caracter comun de ir acompañadas de una hemorragia cutánea intersticial, y de manifestarse por manchas sanguíneas de color y dimension variables. Cazenave dice muy bien, que esta confusion no es ya compatible con el estado actual de la ciencia: parécenos muy del caso reproducir sus palabras.

«La piel, dice, puede ser asiento de diversas hemorragias, que ora consisten en un flujo sanguíneo que ocupa la superficie de los tegumentos, conserven estos ó no su integridad, lo que es muy raro; ora en un derrame ó infiltracion de sangre en el órgano tegumentario ó en el tejido celular subcutáneo, lo que es mucho mas frecuente. En este último caso puede ser la enfermedad enteramente local, como sucede por efecto de una violencia esterior. En otras circunstancias es únicamente un epifenómeno de mas ó menos valor de otra afeccion mas grave; y otras finalmente, constituye la hemorragia toda la enfermedad» (*Dictionnaire de médecine*, segunda edicion, t. XXVI, pág. 72).

»Estas distinciones estan fundadas en sanas ideas patologicas, y hemos creido deber adoptarlas.

»No describiremos por lo tanto con el nombre de *púrpura*, mas que la hemorragia intersticial que se ha llamado *esencial*, idiopática, y que constituye por si sola todo el mal aparente, aunque en realidad sea sintoma de una alteracion general. Diremos con Cazenave que la púrpura es «una enfermedad caracterizada por la presencia de manchas en la piel de un color rojo variable, entre la rubicundez viva y la violada, que no desaparecen con la presion del dedo, acompañadas de otras análogas en muchos puntos de las membranas mucosas *(púrpura simple)*, y á veces de hemorragias mas ó menos graves, sobre todo en la superficie de dichas membranas *(púrpura hemorrágica)*.

»Divisiones.—Bateman admite las especies siguientes: 1.° *púrpura simple;* 2.° *púrpura hemorrágica;* 3.° *púrpura urticada*; 4.° *púrpura senil*, y 5.° en fin, *púrpura contagiosa;* pero reconoce que de este modo se reunen, no solo todas las variedades de la erupcion petequial y del equimosis, sino tambien las manchas que acompañan á las fiebres graves y á las tifoideas. Añade este autor, que son tantas las significaciones que se han dado á la palabra *púrpura*, que seria tal vez mucho mejor descharla, y que si él la conserva es tan solo por respeto á Willan (*Abrégé prat. des mal. de la peau*, trad. de Bertrand, página 145; Paris, 1820).

»La mayor parte de estas variedades no deben admitirse; pues la púrpura *urticada*, no es mas que una forma particular de la urticaria (V. esta enfermedad); la *senil* solo tiene de particular el atacar á los viejos, y la *contagiosa* es tan solo la erupcion petequial que acompaña á las fiebres graves y eruptivas.

»Aunque las *púrpuras simple y hemorrágica* no son mas que diversos grados de la enfermedad, conservaremos esta division, porque es importante para el clínico.

»Rayer establece, con otros muchos autores, dos especies, que son la *púrpura sin fiebre* y la *púrpura febril*, distinguiendo en cada una de ellas las variedades admitidas por Bateman (*Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. III, pág. 505; Paris, 1835). Conservaremos tambien esta division con el objeto de discutirla, pues á ella se refieren cuestiones importantes de patogenia y de terapéutica.

»Anatomia patológica.—Como la púrpura simple nunca termina por la muerte, solo á la hemorrágica es á la que pertenecen las lesiones que vamos á indicar.

»Obsérvanse en la piel unas manchas sanguíneas, que describiremos al hablar de los síntomas, las cuales estan formadas por colecciones de sangre debajo del epidermis, en las aureolas del dermis ó en el tejido celular subcutáneo. Colliny ha visto un enorme equimosis situado en la parte posterior del torax, que in-

teresaba todo el espesor del dermis (*Arch. gén. de méd.*, t. X, pág. 210; 1836). La sangre, unas veces está coagulada y otras líquida, siendo fácil hacerla desaparecer por medio del lavado ó de la maceracion. Las ramificaciones vasculares que rodean á los focos nada ofrecen de particular.

»Por lo comun se presentan debajo de las membranas mucosas y serosas de la economía, otras manchas sanguíneas iguales á las de la piel. Así es que existen en mayor ó menor número en las encías, lengua, velo del paladar, en la superficie interna del estómago é intestinos, de los bronquios y de los órganos génito-urinarios.—En un caso referido por el doctor Hummel, la mucosa de las vias digestivas y respiratorias estaba sembrada en toda su estension de petequias muy confluentes, que formaban en muchos puntos verdaderas sufusiones sanguíneas: la de las vias génito-urinarias se hallaba igualmente sembrada de equimosis desde los riñones hasta el orificio uretral (*Arch. gén. de méd.*, t. IV, pág. 493; 1844). Encuéntranse asimismo manchas sanguíneas por debajo de la aracnoides, de la pleura, del pericardio, del peritóneo y entre las hojas del mesenterio. En el enfermo observado por Colliny habia numerosos equimosis en las caras esterna é interna del corazon. Cazenave ha visto la superficie de este órgano cubierta de petequias muy pequeñas y aproximadas entre sí (*Ann. des mal. de la peau*, t. II, pág. 127). Tambien se las ha observado en la superficie de algunas articulaciones (*Gaz. méd.*, página 328; 1837).

»A veces se encuentran derrames sanguíneos considerables en el tejido celular subcutáneo, submucoso y subseroso, en las cavidades serosas y demas, en las vísceras y hasta en los huesos. Colliny ha visto un derrame subcutáneo que se estendia desde la sétima vértebra cervical hasta la primera lumbar. En el enfermo de Cazenave, se encontró un derrame sanguíneo bastante abundante debajo del endocardio en la cara interna de la aurícula izquierda, principalmente en el tabique inter-auricular; la derecha presentaba la misma alteracion, aunque en grado mucho menor; toda su superficie interna estaba ocupada por un equimosis considerable, que se estendia, no solo al tejido celular subseroso, sino tambien al muscular, cuyo grosor aumentaba mucho. En toda la mitad derecha de la cavidad aracnoidea habia una sufusion sanguínea dispuesta en capas uniformes sobre la superficie del hemisferio, prolongándose algo hácia la base: la sangre que la formaba residia en la cavidad aracnoidea, y se la podia fácilmente desprender con el dorso de un escalpelo, de las hojas parietal y visceral: era muy fluida, semejante á la gelatina de grosella disuelta en agua, muy poco adherida á las membranas, y su cantidad podia valuarse en unas dos onzas. Habia sangre derramada en tres puntos del tejido celular sub-aracnoideo, á saber: en la arista que resulta de la reunion de las caras interna y esterna del hemisferio derecho, casi en la parte media de la gran cisura interlobular, se veia un pequeño foco sub-aracnoideo, formado de sangre coagulada, sin que penetrase de ningun modo en la sustancia cerebral; los vasos de la cisura de Sylvio del lado izquierdo estaban rodeados por un segundo foco bastante considerable, y en fin otro, todavía mayor, llenaba el espacio sub-aracnoideo anterior de la base del cerebro, y envolvia completamente los pedúnculos de este órgano. En el enfermo de Colliny existian equimosis muy numerosos, de dos á tres líneas de diámetro, entre la aracnoides y la pia madre, y en toda la superficie del cerebro; los intestinos gruesos se hallaban distendidos por sangre negra y coagulada, y se veian numerosas manchas sanguíneas en el tejido celular subperitoneal, tanto en el que corresponde á los músculos, como en el de las vísceras.

»Duplay refiere la historia de una enferma que presentaba las siguientes alteraciones:

»En la sustancia de las circunvoluciones cerebrales existian derrames, uno del volumen de una cabeza gruesa de alfiler y otro del de un guisante; la sustancia blanca ofrecia una multitud de petequias dispuestas á manera de chapas. El pulmon derecho se hallaba como equimosado en su base, y la pleura que lo cubria presentaba numerosas petequias: el tejido pulmonal estaba muy edematoso, y se notaban en las incisiones muchos puntos de sufusion sanguínea, que tambien existian en el pulmon izquierdo. En el corazon y en el estómago habia numerosas petequias. En el centro del tejido hepático se veia un derrame sanguíneo, especie de foco apoplético, del volumen de una avellana pequeña, hallándose anémico y pálido en el resto de su estension. El bazo estaba cubierto esteriormente por una multitud de manchitas sonrosadas (*Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 182-183; 1843).

»En una observacion referida por Jousset se lee: que tanto el cuerpo calloso como el centro oval de Vieussens, presentaban infinidad de equimosis pequeños, de color y volúmen variables, y que habia en los riñones treinta equimosis apopletiformes, siendo el mayor del volumen de una habichuela (*Bull. de la soc. anat.*, p. 322, 1841).

»En varios hechos observados por Cazenave y Schedel, Monod y Robert, se encontraron colecciones mas ó menos considerables de sangre derramada en el cerebro, pulmones, hígado, riñones, bazo, y en una palabra, en casi todos los órganos parenquimatosos y membranosos (Cazenave y Schedel, *Abrégé prat. des mal. de la peau*, p. 509; Paris 1838).

»Por último, se han visto alterados los mismos huesos: Recamier ha encontrado infiltrada de sangre la sustancia diplóica, llenas del mismo líquido las mallas del tejido reticular de

los huesos largos, y congestionada su membrana medular (*Journ. complem. des. sc. méd.*, t. XXXVI, p. 434).

»Cuando los enfermos han padecido hemorragias muy abundantes, todos los órganos estan anémicos, los vasos vacios, y en una palabra, se encuentran todas las alteraciones que traen consigo las pérdidas considerables de sangre.

»El estado de este líquido ha llamado en todos tiempos la atencion de los patólogos, y ya veremos al hablar de las *causas*, lo que se puede decir respecto de este punto.

»Síntomas.—A. *Púrpura sin fiebre.*—a. *Púrpura simple.*—La enfermedad empieza comunmente de un modo repentino por la noche, sin ir precedida de ninguna alteracion funcional. Aparecen de pronto en la piel, sobre todo en el pecho y en la parte interna de los muslos y piernas, unas manchitas sanguíneas, circulares *(petequias)*, las que ora se limitan á estas regiones, ora invaden toda la superficie del cuerpo: frecuentemente son muy numerosas en la cara, y nosotros muchas veces las hemos encontrado solo en las piernas. Por lo comun son mumerosas, dando á la piel un aspecto jaspeado y granugiento: ora estan diseminadas con bastante uniformidad, y ora, aunque menos comunmente, se hallan dispuestas en grupos: las manchas mas pequeñas apenas pueden verse, y las mayores no esceden del volumen de una cabeza de alfiler.

»Estas petequias son purpúreas ó negruzcas; no desaparecen á la presion del dedo, y no van acompañadas de calor, prurito ni sensacion alguna dolorosa.

»En ciertos casos estan mezcladas las petequias con manchas sanguíneas mas considerables, del volumen de un guisante *(equimosis)*, y con vetas y líneas ligeramente violadas.

»A veces no existen petequias ó son muy pocas, hallándose constituido el mal por equimosis mas ó menos numerosos.

»Las manchas de púrpura, petequias ó equimosis, van reabsorviéndose poco á poco despues de haber esperimentado las trasformaciones propias de los tumores sanguíneos, y al cabo desaparecen completamente. Pero muchas veces sucede, que mientras cierto número de manchas se hallan en estado de reabsorcion, se verifican otros derrames sanguíneos, y cuando este fenómeno se reproduce diferentes veces, aparece la piel como abigarrada de manchas, que presentan todos los grados intermedios entre el derrame sanguíneo reciente y el que ha llegado ya al último período de reabsorcion.

»La progresion, las fatigas, la presion y las constricciones que ejercen los vestidos, provocan comunmente el desarrollo de nuevas manchas.

»Alguna que otra vez se presentan en la lengua, en las encias, en la cara interna de las megillas y labios, en el velo del paladar y en la conjuntiva, manchas sanguíneas semejantes á las que se observan en la piel. Mas raro es todavia ver el epidermis levantado por sangre derramada, formando burbugitas negruzcas (Rayer, loc. cit., p. 508).

»Nunca se han observado hemorragias por las membranas mucosas; la circulacion se conserva en estado normal; las funciones digestivas y respiratorias se desempeñan con regularidad: algunas veces esperimentan los enfermos una sensacion de debilidad mas ó menos considerable.

»b. *Púrpura hemorrágica.*—Se anuncia comunmente la enfermedad por una sensacion de disgusto, por debilidad, laxitudes espontáneas y dolores en los miembros; pero á veces invade repentinamente en medio de la mejor salud.

»Las manchas cutáneas son menos numerosas, pero mayores *(equimosis)* que en la púrpura simple, y adquieren á veces una estension considerable: son mas oscuras, lívidas, negruzcas é irregulares, y se conoce que la sangre penetra mas profundamente en el dermis, y que hasta se halla derramada en el tejido celular subcutáneo. Se ve con mas frecuencia el epidermis desprendido, formando vesículas sanguinolentas: casi siempre se observan equimosis en la mucosa bucal. En el enfermo de quien habla Cazenave, existia proporcionalmente mayor número de manchas en la boca que en la piel, y en los bordes de la lengua, con especialidad, se formaban á cada instante otras nuevas, tomando algunas la forma de vesículas.

»El caracter predominante y patognomónico de esta variedad es la existencia de hemorragias abundantes, repetidas con frecuencia y difíciles de contener. «La sangre, dice Bateman (loc. cit., p. 148), fluye de las encias, narices, garganta, del interior de las mejillas, de la lengua, labios, conjuntiva, uretra, oido esterno, de las cavidades internas de los pulmones, del estómago, intestinos, útero, riñones y de la vejiga. Unas veces son las hemorragias rápidamente mortales, y otras menos considerables; ora se reproducen todos los dias en épocas determinadas, y ora es lento el flujo y casi continuo.»

»La hemorragia que se observa con mas frecuencia es la epistaxis (Latour, *Hist. philos. et méd. des hémorragies*, t. II, pág. 192; París, 1828.—Colliny, loc. cit.—Duplay, loc. cit.), la cual resiste muchas veces á todos los medios hemostáticos, aun al mismo taponamiento: se la ha visto prolongarse sin interrupcion por espacio de cuarenta y ocho horas (Colliny), y aun por ocho dias (Duplay). El enfermo de Cazenave padeció dos epistaxis, en las que perdió por lo menos doce onzas de sangre.

»Despues de la epistaxis viene la hemorragia bucal. El flujo sanguíneo se verifica por las encias, lengua y amigdalas (Latham, *Lond. med. gaz.*, t. I, p. 545.—Watson, idem, tomo VIII, página 128; 1830). El enfermo de Cazenave echaba todos los dias por la boca una cantidad considerable de sangre, que rezumaba continuamente por las encias, las cuales esta-

ban blandas y sin dientes, pero no fungosas.

»La hematemesis, melena y metrorragia, se observan con bastante frecuencia: la hemotisis y la hematuria son las mas raras.

»En algunos casos raros se verifica la hemorragia simultánea ó sucesivamente por las fosas nasales, por la boca, estómago, pulmones, intestinos, etc. (Latour, loc. cit., páginas 180, 201, 498).

»Cuando han sobrevenido muchas hemorragias abundantes, caen los enfermos en una postracion profunda; estan tristes y abatidos, sin fuerza para moverse ni levantarse; padecen síncopes frecuentes, y asi las mucosas como la piel se ponen pálidas, presentando esta última un color amarillento análogo al que se observa en la clorosis. «Algunos enfermos, dice Bateman, esperimentan dolores profundos en la region precordial, en el pecho, en los lomos y en el abdomen.» Por lo comun hay estreñimiento y á veces diarrea; el pulso está pequeño, blando, depresible, miserable y muy frecuente. Los enfermos caen en un enflaquecimiento que hace rápidos progresos; se ponen edematosas sus estremidades inferiores, y no tarda en sobrevenir la muerte en medio de los fenómenos que caracterizan la anemia mas pronunciada.

»B. *Púrpura febril.* — Esta puede ser simple ó hemorrágica, y se presenta con los caractéres que acabamos de indicar; pero se anuncia por escalofrios seguidos de calor, por náuseas y vómitos, fiebre y todos los síntomas de la plétora (Cazenave, art. cit., p. 34.—Sabatier, *Considérations thérapeutiques sur le purpura*, en el *Bull. génér. de thérap.*, tomo VII, página 105).

»La púrpura febril puede ser *esporádica* ó *epidémica* (Rayer, loc. cit., p. 515).

»A la primera variedad se refieren los siguientes hechos, que citamos como tipos:

»Una niña de tres años, de constitucion robusta, que siempre habia gozado de buena salud, acababa un dia de comer con apetito, cuando al levantarse de su silla se quejó de que no podia tenerse de pie. Ambas estremidades inferiores estaban doloridas hasta las rodillas, y la cara dorsal y region maleolar del pie izquierdo se hallaban muy tumefactas, observándose en ellas numerosos equimosis violados de diferentes tamaños. A los dos dias ocupaba el edema los párpados superiores, las manos y la mitad inferior de ambos antebrazos. El pulso latia 120 veces por minuto. El sétimo dia sobrevinieron dolores vivos en el hipocondrio izquierdo, y se elevó el pulso á 132. El décimo, las piernas, muslos y nalgas, se hallaban cubiertos de numerosas chapas de urticaria, que fueron muy luego remplazadas por equimosis. Sobrevinieron cólicos, diarrea y accesos febriles, que se presentaban por la mañana y desaparecian por la tarde. Los accidentes duraron muchos dias, verificándose la curacion completa á los cuarenta, despues de dos recidivas (Ollivier (d'Angers) *Développement spont. d'echymoses cutanées avec œdeme aigu et gastro-enterite*, en los *Arch. gén. de méd.*, t. XV, p. 206; 1827).

»Un jóven de diez y seis años, pálido, endeble y de una constitucion muy débil, que habitaba en parage húmedo y usaba malos alimentos, fue acometido de cólicos y de dolores en las piernas, y á los ocho dias se le presentaron petequias en toda la superficie del cuerpo. En los primeros momentos se observó ruido de fuelle en las carótidas, y el pulso latia 92 veces. Al quinto dia sobrevino una epistaxis, que se repitió á los siguientes, sin poderla evitar ni contener: el pulso se hizo cada vez mas frecuente (108, 112, 116, 120, 130, 136, 144), y sucumbió el enfermo el dia diez y seis de la aparicion de los equimosis (Jousset, loc. cit.).

»Creemos que no hay dificultad en referir á uno ú otro de estos dos hechos los pocos ejemplos de púrpura febril esporádica de que hablan los autores.

»Unas veces es complexa la enfermedad; la fiebre depende de una flegmasia intercurrente, sin que haya una verdadera plétora, sino mas bien un estado descrito por Wendt con el nombre de chlorosis fortiorum. Esta observacion no se ha escapado á la sagacidad de Cazenave, quien reconoce «que en los pocos casos de púrpura febril no hay una disposicion esténica franca, y sí una congestion dependiente de un estado particular de la sangre, que no es tal vez el de la plétora.» Rayer refiere un caso de púrpura febril, que recayó en *una mujer de setenta años afectada de neumonia* (loc. cit., página 544): el hecho de Hummel relativo á una persona que padecia *fiebre gástrica*, puede calificarse casi con certeza de fiebre tifoidea (*Archives gén. de méd.*, p. 497—499; 1844).

»Otras veces, como en los casos citados por Jousset, se ha fundado en la frecuencia del pulso la existencia de la fiebre, olvidando que en todas las hemorragias abundantes, al mismo compás que se hace el pulso pequeño, blando, depresible y miserable, va tambien aumentando de frecuencia.

»Examinemos ahora lo que debe pensarse de la *púrpura febril epidémica*. Lordat ha visto una *fiebre hemorrágica petequial*, que atacó á las mujeres detenidas en la casa de correccion de Montpeller, manifestándose por un escalofrio seguido de fiebre intensa, con abatimiento, dolor de cabeza, angustia en el epigastrio, rubicundez de la cara, blancura de la lengua, orinas escasas y ardientes y estreñimiento. Este estado persistia tres dias; al cuarto disminuia la fiebre y la erupcion de las petequias; despues sobrevenian hemorragias por el útero y fosas nasales; al fin cesaba la fiebre, y hácia el dia nueve se resolvian las manchas. Al cabo de algunos dias de convalecencia se solia observar una ó mas recidivas, y algunas enfermas, despues de esperimentar muchas recaidas, eran invadidas por un *escorbuto confirmado* (Latour, loc. cit., p. 170). Se ha visto cubrirse el cuerpo

de petequias y de equimosis en desertores conducidos á marchas forzadas y detenidos en prisiones, verificándose hemorragias por el tubo digestivo y fosas nasales, que no podian contenerse (Latour, loc. cit., p. 469).

»¿Puede admitirse la existencia de la plétora en semejantes circunstancias?

»En el estio de 1797 vio Latour en el Hôtel-Dieu de Orleans un considerable número de segadores, que tenian cubierto el cuerpo de chapas exantemáticas, como si les hubiesen azotado la piel con ortigas, y que hácia el quinto ó sesto dia presentaban petequias, que se resolvian antes del veintiuno (Latour, loco citato, p. 172). En otros casos no existia una verdadera púrpura, sino una urticaria acompañada de equimosis producidos por una causa puramente local.

»En resúmen, y prescindiendo de los casos en que se han considerado como púrpuras erupciones petequiales acompañadas de una fiebre grave, urticarias, etc., admitimos que la púrpura puede en algunas circunstancias acompañarse de un estado febril mas ó menos considerable; pero creemos que jamás debe atribuirse la fiebre á la plétora, pues comunmente es debida á una complicacion; y aunque dependa de la misma enfermedad hemorrágica, su naturaleza es análoga á la del estado febril que existe á veces en la clorosis y el escorbuto.

»Curso, duracion y terminacion.—La púrpura simple nunca es mortal, y en los casos mas felices solo dura dos septenarios, tiempo necesario para la reabsorcion completa de las manchas sanguíneas. Por desgracia es raro que la enfermedad se limite á una sola erupcion. Cuando estan próximas á desaparecer las primeras manchas, suelen manifestarse otras, prolongándose así la afeccion por medio de erupciones sucesivas, en cuyo caso puede durar largo tiempo. Cazenave vió una púrpura simple que persistió dos años, y Bateman otra que duró muchos mas.

»La *púrpura hemorrágica* termina frecuentemente de un modo funesto, ora aparezca de pronto, ora suceda á la simple, pudiendo verificarse la muerte de tres modos distintos: ó bien las hemorragias mas, ó menos copiosas, se renuevan con largos intervalos irregulares ó periódicos (Cazenave), y el enfermo no sucumbe hasta pasados muchos años, agotado por las pérdidas sucesivas de sangre; ó bien se establece desde la primera invasion un flujo sanguíneo casi contínuo por la nariz ó por la boca, que resistiéndose á todos los medios hemostáticos, hace sucumbir al enfermo al cabo de algunos dias; ó en fin, sobreviene la muerte de un modo brusco á causa de una hemorragia fulminante (*hematemesis*, *hemotisis*, *metrorragia*), de focos apopléticos, ó por efecto de derrames sanguíneos formados en el cerebro, en el pulmon, en la cavidad aracnoidea, y á veces simultáneamente en casi todos los órganos.

»Diagnóstico, pronóstico.—Cuando en la púrpura hemorrágica se verifica el flujo sanguíneo por la boca, puede confundirse con el escorbuto; pero en este se hallan las encías hinchadas, reblandecidas y como putrefactas; cuyas alteraciones van precedidas de una tumefaccion y rubicundez inflamatorias, y seguidas de la caida de los dientes (Rayer, loc. cit., p. 523-524). Aunque estos caractéres diferenciales son esactos relativamente al escorbuto confirmado que se halla en su mayor grado de intensidon, dejan de serlo en el escorbuto incipiente ó ligero, el que no trataremos de distinguir de la púrpura, porque nosotros consideramos estas dos enfermedades como idénticas (véase *naturaleza y asiento*).

»Fácil será distinguir en todos los casos la púrpura de los equimosis por causa local, de las petequias y de las hemorragias que acompañan á la peste, á la fiebre amarilla, el tifus, y á veces á las viruelas, al sarampion, la escarlatina, la fiebre tifoidea, etc.

»El pronóstico de la púrpura simple no es funesto, á no ser que sean muy estensas y numerosas las manchas sanguíneas; que se verifiquen sucesivamente muchas erupciones, y el individuo esté débil, mal constituido, y tenga ya una edad muy avanzada. En tales circunstancias la púrpura simple se trasforma por lo comun en hemorrágica al cabo de un tiempo mas ó menos considerable.

»La *púrpura hemorrágica* es siempre grave, y debe inspirar sérios temores, cuando se reproducen las hemorragias con intervalos mas ó menos largos, ó cuando hay un flujo sanguíneo que, aunque poco abundante, es contínuo y se resiste á un tratamiento bien dirigido.

»Causas. — La púrpura se observa en ambos sexos y en todas las edades, aunque parece sin embargo mas frecuente en las mujeres antes de la edad adulta y en la vejez. Las únicas causas que tienen una influencia conocida son: el habitar en parages bajos, húmedos, mal ventilados y de poca luz; la acumulacion de hombres en un espacio insuficiente, las grandes fatigas, una alimentacion escasa ó mal sana, las pasiones tristes, y en una palabra todos los modificadores que puedan debilitar la economía. Andral ha visto presentarse una púrpura hemorrágica grave en un hombre, que hacia tres años estaba dando vueltas á un manubrio en un lugar oscuro y húmedo, con la espalda apoyada en una pared que destilaba agua sin cesar: este individuo habitaba en compañía de otros siete compañeros, en un cuarto pequeño, de poca luz y mal ventilado (*Essai d'hematologie pathologique*, p. 129; Paris, 1843).

»Tratamiento.—Si la púrpura pudiera depender de la plétora, en términos que fuera dable esperar buen resultado de una hemorragia, no hay duda que en estos casos convendrian las emisiones sanguíneas. En efecto, los autores que con mas calor han sostenido la existencia de la púrpura por plétora, preconizan la sangria (Sabatier, mem. cit.); pero no hemos encontrado un solo caso de púrpura, en que

hayan sido ventajosas las emisiones sanguíneas, y sí hemos visto muchas veces lo contrario. Por lo tanto es preciso usar de las sangrias locales ó generales con estremada prudencia, y únicamente cuando exijan su prescripcion indicaciones muy exactas, cuidando de no renovarlas hasta ver el efecto de la primera evacuacion.

»La indicacion mas importante que hay que satisfacer en el tratamiento de la púrpura simple ó de la hemorrágica, es la de reparar la constitucion, y modificar la composicion de la sangre por medio de la quietud, la habitacion en parages secos, espaciosos, bien ventilados é iluminados, y por el uso de alimentos reparadores, abundantes y azoados, de los vinos generosos, de los tónicos y de las preparaciones marciales.

»Los amargos, los astringentes y los ácidos, pueden considerarse como ayudantes poderosos; conviene prescribir las infusiones de lúpulo, de achicorias, de bardana y de coclearia, los cocimientos de ratania, las bebidas frias y heladas, el agua acidulada con el ácido sulfúrico, y la de Rabel. Los ácidos vejetales se han preconizado muy particularmente. Recamier los prefiere á los demas, y prescribe en las veinticuatro horas de 5 á 8 onzas del zumo de acederas ó del de limon, ó agua de cebada acidulada con vinagre (Bourdon, *Considerations sur quelques affections dependant d'une alteration du sang*. en el *Bull. gén. de thér.*, tomo XIX, 268). Gibert (loc. cit., p. 333) ha visto curarse la enfermedad con la ratania á altas dosis, en un caso en que todos los demas medios habian sido inútiles. En resumen, el tratamiento que conviene es el de las hemorragias por disminucion de la fibrina (V. Hemorragia en general, tomo I).

»Puede favorecerse la reabsorcion de las manchas sanguíneas por medio de lociones astringentes hechas con el tanino, el acetato de plomo, del oxicrato helado ó el cloruro de cal, y con los baños de mar (Cazenave), ó bien con los de agua comun preparados con vinagre (Recamier).

»Cuando sobrevienen hemorragias esteriores, conviene intentar contenerlas por medio de cuantos hemostáticos se conocen.

»Naturaleza y asiento.—Algunos atribuyen la causa inmediata de la púrpura á una alteracion de los sólidos, á una atonia de los vasos. Tommasini y Crescimbeni la refieren á una flebitis ó á una artero-flebitis, y el doctor Sachero cree que el sistema de la vena porta es muchas veces el orígen de la enfermedad, á consecuencia de afecciones del hígado, del bazo, etc. «Las manchas sanguíneas, dice este autor, debidas á la trasudacion activa de la sangre por los capilares arteriales venosos, y la reaccion que las precede ó acompaña, prueban hasta la evidencia que se halla aumentada la vitalidad, que hay una escitacion notable cardio-vasal, y aun tal vez, en los casos mas graves, una verdadera angio-flebitis. Las hemorragias y las manchas de la piel son un síntoma de este estado morboso del sistema circulatorio, ó si se quiere del sistema venoso; y las alteraciones de la sangre, que dependen primitivamente de un desórden acaecido en la condicion de los capilares arteriales y venosos y en la hematosis, pueden luego favorecer la trasudacion de este líquido, es decir, las hemorragias, tanto profundas como cutáneas» (*Annali univ. di med.*, n.° de julio, 1843.—*Ann. des mal. de la peau*, t. I, p. 124-125).

»Trabajo cuesta comprender que puedan los patólogos emitir doctrinas que guarden tan poca relacion con los hechos. ¿Cómo es posible suponer un aumento de vitalidad, una sobre-escitacion notable cardio-vasal, cuando vemos manifestarse la enfermedad en personas debilitadas y que tienen un pulso pequeño, blando y depresible? Cómo se ha de admitir una flebitis ó una artero-flebitis, sin alteracion alguna de las paredes arteriales y venosas, sin fiebre y sin ninguno de los síntomas generales gravísimos, que acompañan siempre á la flegmasia de los vasos? No son bastantes la universalidad del mal, la falta de alteracion de los sólidos y todas las circuntancias etiológicas, para probar que lo que existe es una enfermedad general primitiva, una alteracion de la sangre idéntica á la que constituye el escorbuto?

»Todos los buenos observadores, como Lind, Huxham, Boerhaave, Cullen, Johnston, Fodere, Parmentier, Deyeux, Magendie, etc., han fijado su atencion sobre el estado de la sangre de los individuos afectados de púrpura, y dicen, que este líquido es mas fluido, mas seroso, que pierde la facultad de coagularse, y que se halla en un estado de disolucion. «En los casos en que se ha podido recoger cierta cantidad de sangre, dice Bourdon (loc. cit., p. 267), no se la ha visto dividida en coágulo y suero, como en el estado normal, sino formando una masa de un color rojo mas ó menos subido, temblorosa y en general poco resistente... Examinado este líquido, se ha encontrado en él la fibrina en proporcion menos considerable que en el estado normal.»

»Andral y Gabarret han demostrado de un modo positivo la disminucion de la fibrina en un individuo afectado de púrpura hemorrágica grave. El primer análisis suministró 119 de glóbulos, 86 de materias sólidas del suero, y solamente 46 de fibrina; y el segundo 111 de glóbulos y las mismas proporciones de las materias sólidas del suero y de fibrina (Andral, obra cit., p. 131).

»Nosotros creemos con la mayor parte de los autores que se han ocupado del escorbuto (véase esta palabra), y con Recamier (Bourdon, loc. cit.), Cazenave y Andral, que la púrpura no es mas que el primer grado de dicha afeccion, es decir, el escorbuto esporádico de nuestros paises, el *escorbuto de tierra*.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.—Willan coloca la púrpura entre los exantemas

(órden III); Alibert la pone á continuacion de los equimosis y las petequias en su grupo de las dermatosis hematosas (grupo X), y Biett la consagra un órden especial (órden XIII).

»Escusamos decir que la púrpura es una enfermedad general, que no debe figurar en el cuadro de las afecciones cutáneas, y si reunirse al escorbuto, colocándola entre las hemorragias por alteracion de la sangre, y especialmente por disminucion de la fibrina. Si la hemos incluido entre las enfermedades de la piel, ha sido por conformarnos con la costumbre que han establecido los dermatólogos modernos.

»La HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA de la púrpura no puede separarse de las que corresponden á las hemorragias y al escorbuto (véanse estas palabras); y solo podemos citar aquí las diversas obras consagradas á las enfermedades de la piel (Willan, Bateman, Cazenave y Schedel, Rayer, Gibert) y el escelente artículo inserto por Cazenave en el *Dictionnaire de médecine*» (MONNERET y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 241-248).

GÉNERO UNDÉCIMO.

De la plica ó tricema.

»SINONIMIA.—*Plica saxonia*, de Linneo y Vogel; *plica polonica*, de Fonseca; *Trichoma*, de Cullen, Sauvages, Sagar, Swediaur, Cirillo y Manget; *tricæ incuborum*, de Schenck; *ropalosis*, de Vogel y Linneo; *helotis*, de Agricola; *lues coltonica*, de Richter; *plica belgarum*, de Schenck; *ecphyma trichoma*, de Young; *trichosis plica*, de Good.

»La historia de la plica es todavia bastante oscura. Siendo muchas y contradictorias las opiniones que reinan acerca de la naturaleza y existencia de esta afeccion singular, y no pudiendo decidirnos por ninguna de ellas con suficiente conocimiento de causa, nos limitaremos al papel de historiadores, insistiendo no obstante en las doctrinas que nos parezcan mas verdaderas.

»La plica, dicen muchos, debe desaparecer de los cuadros nosológicos; no es una enfermedad, sino un simple enredamiento de los cabellos, producido por la suciedad, la falta de aseo y la costumbre de cubrirse constantemente la cabeza con gorros acolchados ó forrados. Esta opinion, emitida por Davidson hace doscientos años (*Plicomastix seu plicæ è numero morborum apospasma*; Dantisci, 1668), y sostenida por Boyer, Roussille-Chamseru, Wolf, Larrey y Gasc, es todavia la de muchos patólogos; pero merece discutirse, y vamos á reproducir los principales argumentos con que se ha combatido ó defendido.

«Plica, dice Davidson, est morbus voluntarius, si morbus debeat dici, et nullus habet nisi qui non velit carere; nam affectatio credendi absque ratione ea quæ fama inter vulgus sparsit, illam genuit, et fama aliis à credulitate suppeditavit.» Para apoyar esta proposicion establece Davidson: 1.° que el enredamiento de los cabellos no se forma nunca súbitamente; 2.° que la parte de estos mas próxima al cráneo no padece plica; 3.° que se curan los enfermos cortándoles el pelo, y que despues de esta operacion nunca se reproduce la plica; 4.° que los síntomas generales son ordinariamente los del cólico bilioso, y que en otros casos pueden referirse siempre á alguna afeccion conocida. «Simptomata aliorum affectuum quæ facileà medico versato in praxi distinguuntur.» La tricoma, dice Gasc (*Dict. des sc. méd.*, tomo LV, p. 563), es un enredamiento accidental de los cabellos, que se agrega á veces á enfermedades que no dependen de él, y que pueden clasificarse entre las especies nosológicas conocidas.

»Observa Gasc que el origen de la plica data desde la época en que los tártaros invadieron la Polonia. «Los primeros ejemplos de esta enfermedad procedieron de la falta de aseo y del estado de embrutecimiento de los polacos, y no fueron mas que una afeccion muy simple del sistema piloso.» Segun Gasc, la plica es una afeccion local de los cabellos, un accidente cuyas causas son esternas y obran de un modo mecánico. Los cabellos se mezclan entre sí y se ponen como un fieltro, adhiriéndose á beneficio de una materia mas ó menos viscosa y glutinosa, suministrada por la exhalacion cutánea ó por una escrecion de la piel del cráneo. Pero no tiene esto lugar si cuida el sugeto de peinarse, desenredándose el pelo cuando empieza á enmarañarse. El entretejido de los cabellos, mientras no se complica con algun accidente morbífico, no altera ninguna funcion de la economía; es una simple fealdad de la cabellera, cuyo tratamiento, para servirnos de una espresion de Desgenettes, se debe abandonar á los peluqueros. La plica puede coexistir con la sífilis, con las escrófulas, el escorbuto, el reumatismo ó la gota, y solo fundándose en estas reuniones fortuitas se ha podido establecer una *diatesis tricomática*, un *virus coltónico* (*Mémoire sur la plique polonaise*, en *Mém. de la Soc. de méd.* de Paris, t. I, 1817, y *Dict. des sc. méd.*, art. *Trichoma*).

»A las proposiciones anteriores de Davidson y de Gasc se ha contestado, primero con negativas y despues con las siguientes consideraciones: nada autoriza á creer que la condicion de los polacos fuese mejor antes que despues de la invasion de los mogoles, y nada prueba tampoco que la plica sea posterior á esta invasion. ¿Cómo puede depender la enfermedad de que en esta nacion se haya descuidado el uso del peine, cuando hace algunos siglos que todos los polacos sin escepcion se afeitaban la cabeza? La plica viene acompañada de una alteracion de la estructura de los cabellos y de los bulbos pilosos; ataca á los pelos cortos lo mismo que á

los largos, y algunas veces es congénita (Delafontaine, Alibert).

»Los que pretenden que la plica es un resultado del desaseo, dice Szokalski (*De la plique polonaise dans l'état actuel de la science*, p. 31; Paris, 1844), se han olvidado sin duda de que esta afeccion se observa en todas las clases, y de que se la encuentra á veces entre las personas de la alta sociedad. En las provincias donde se usa el pelo cortado á lo Tito, no es menos frecuente la plica que en los sitios donde se lleva largo; los viejos que tienen la cabeza calva estan mas espuestos á la enfermedad que los adultos. Ademas, si la plica depende solo del desaseo, ¿por qué no se manifiesta en los pueblos salvages, que no conocen el uso del peine? En cuanto á la costumbre de cubrirse la cabeza con gorros de abrigo, se ha olvidado que los lugareños de las inmediaciones de Cracovia, donde la plica es tan frecuente, solo llevan unos gorritos de paño encarnado en el invierno, y sombreros de paja en el verano, y que precisamente en esta estacion es cuando se observa mas el enredamiento de los cabellos. Los judios polacos, cuya suciedad es proverbial, que llevan el cabello largo, y que se cubren constantemente la cabeza con pieles, estan mucho menos propensos á padecer la plica que la poblacion polaca slava. La plica es infinitamente mas frecuente en la cabeza que en el pubis y las axilas, y sin embargo estas partes se hallan mucho mas cubiertas, y generalmente mas descuidadas.

»Hay todavia otro modo de esplicar el enredamiento de los cabellos.

»Convencido el pueblo de la influencia crítica de la plica en las enfermedades, la provoca por todos los medios que tiene á su disposicion, por toda clase de manipulaciones; de manera que no tarda el pelo en enredarse, llenarse de polvo, pegarse con el sudor, constituyendo una masa compacta, cuya forma varia segun las circunstancias. Una vez formada esta masa, obra en la cabeza por su peso; aumenta la traspiracion de la piel del cráneo, y ejerce por consiguiente en la organizacion una influencia análoga á la de los medios revulsivos y exutorios. Cuando el enredamiento del pelo se prolonga y comprende toda ó casi toda la cabellera, sucede por lo comun que se irrita la piel del cráneo, estableciéndose en ella un aflujo local, una exhalacion cutánea mas abundante, que constituye realmente un estado patológico consecutivo, pudiendo dar lugar á la hinchazon de los bulbos de los cabellos y á la sensibilidad de sus raices (Gasc, *Dict. des sc. méd.*, t. LV, página 567).

»Szokalski (loc. cit., pág. 56) confiesa que basta esta esplicacion para dar razon del mayor número de tricomas, asi como de la frecuencia de la enfermedad; pero añade que solo es aplicable á la *plica falsa*, y que quedan en toda su fuerza las objeciones precedentes.

»Despues de haber leido y meditado los numerosos escritos que se han publicado sobre la existencia y la naturaleza de la plica, no podemos menos de confesar que nos es imposible emitir una opinion decisiva. Dificil es dejar de dar cierto valor á las objeciones aducidas contra el parecer de que la plica solo es un resultado del desaseo; pero por otra parte, los que la consideran como una enfermedad local no han demostrado suficientemente, que el adquirir los cabellos ese estado como de fieltro venga acompañado de alteracion de los mismos, de los bulbos pilosos ó del dermis; y los que consideran la plica como una *afeccion general*, han reunido en una misma descripcion elementos tan heterogéneos, fenómenos tan multiplicados y tan diferentes entre sí, que aceptando su modo de pensar, vendriamos á parar en que la afeccion tricomática era un estado morboso en el que se reunian y confundian la mayor parte de las enfermedades del cuadro nosológico. ¿Es la plica una afeccion especial, *sui generis*, ó solo una forma de la sífilis ó de las escrófulas? Ya volveremos á hablar de esta cuestion (véase *naturaleza y asiento*). Todo lo que podemos asentar aqui es que la plica, cualquiera que sea su naturaleza, despues de haberse manifestado en Holanda, en las orillas del Rhin, en Silesia, en Hungria y en Styria, reina aun en el dia en el antiguo territorio de Polonia, en la Galitcia, en la Wolhinia y en la Ukrania, en cuyos paises se ha resistido á los progresos de la civilizacion, á los esfuerzos de la medicina y á la solicitud de los gobiernos. En el gran ducado de Posen, cuya poblacion es de 1.233,850 habitantes, se han visto en 1840, 460 formaciones de plicas nuevas, 858 en 1841, y 585 en 1842. Luego si se toma el gran ducado de Posen por base de un cálculo comparativo con la Polonia antigua, que contiene de 25 á 30 millones de habitantes, resultan 110,000 á 150,000 enfermos de plica: recordando que el ducado de Posen no es de las provincias en que mas estragos hace la plica, se verá que este cálculo nada tiene de exagerado (Szokalski, loc. cit., p. 8). Segun Delafontaine, en los gobiernos de Cracovia, de Sandomir y en el ducado de Severia, ataca la plica á los lugareños, á los pobres y á los judios, en la proporcion de dos ó tres por cada diez, y á los nobles y labradores ricos en la de dos por cada treinta ó cuarenta (*Traité de la plique polonaise*, p. 9, trad. de Jourdan; Paris, 1808). Debemos añadir, que para que tuviesen estos resultados estadísticos todo el valor que aparentan, necesitariamos estar ciertos de que se habia formado bien el diagnóstico, y no es muy probable que tal haya sucedido, cuando el mismo Jourdan manifiesta que de doce plicas hay por lo menos once ficticias.

»Definicion.—Tomando solo en consideracion el estado de los cabellos, pudiera definirse la plica: una aglomeracion de los cabellos, que pegados unos con otros y mezclados casi siempre en todos sentidos, presentan el aspecto de una masa de fieltro, que no se puede peinar ni des-

enredar, y que está empapada en todos sus puntos de un humor craso, untuoso ó viscoso, que exhala un olor particular mas ó menos desagradable.

»Los autores que en este estado de los cabellos solo ven la espresion de un estado morboso general complexo, entienden por plica: «una diatesis particular, una enfermedad *sui generis*, ocasionada y sostenida por un virus específico, que da origen á síntomas tan numerosos y diversos, que parecen pertenecer á enfermedades diferentes; *susceptible de presentarse bajo la apariencia de todas las afecciones admitidas en los cuadros nosológicos*; fácil por último de confundirse con estas últimas, á no ser, que como sucede las mas veces, *pero no siempre*, venga á ilustrar el diagnóstico el fenómeno del enredamiento de los cabellos, *único característico y constantemente crítico*» (*Dictionaire des sc. méd.*, art. Plica, t. XLIII, página 227).

»Esta última definicion es, segun Jourdan, *la mas exacta y rigurosa que se puede dar de la plica.* Y sin embargo establece que la plica es un Proteo, que toma todas las formas patológicas posibles, y cuya verdadera naturaleza solo se revela por un fenómeno crítico, que no siempre se puede comprobar!

»Divisiones.—Jourdan admite tres especies de plica:

»1.° *Plica verdadera.—Los síntomas no se diferencian notablemente de los que se observan en las afecciones artríticas y reumáticas*; la enfermedad se manifiesta de pronto bajo la forma de trenzas mas ó menos estrechas y muy largas; no comprende toda la cabellera en una sola masa, y aun puede existir aisladamente en cada pelo sin enredarlos; los cabellos aumentan de diámetro y se llenan de un fluido viscoso; al principio está siempre la alteracion adherida á la cabeza, y no se aparta de ella hasta que cesa de verificarse el derrame en los cabellos. Hállase caracterizada la enfermedad por una afeccion de los bulbos, que consiste en el incremento de su vitalidad, y en el aumento de su secrecion; *la materia que la forma viene de dentro del cuerpo*; las raices de los pelos estan muy sensibles, de modo que el menor tiron ocasiona dolores violentos. El estado como de fieltro que adquiere el pelo es puramente accidental, y si el enfermo permaneciese con la cabeza descubierta y no tuviera que acostarse y apoyar en las almohadas hasta que se secase la materia glutinosa, los cabellos no harian mas que aglutinarse ó cuando mas cruzarse simplemente.

»2.° *Plica crítica.*—Los cabellos estan aglutinados por una exudacion crítica, que muy á menudo parece provenir de los bulbos; la enfermedad se manifiesta despues de otras de naturaleza muy diferente, pero que terminan por sudores viscosos en la cabeza; se forma con lentitud, y se presenta bajo la forma de masas mas ó menos voluminosas, globulosas, calitriformes ó mitriformes; no está alterada la estructura de los cabellos, que mas bien se hallan mezclados que enredados como un tejido de fieltro; la disposicion morbosa está siempre separada de la piel del cráneo por un intervalo mas ó menos grande: los demas caractéres no se diferencian de los de la plica verdadera.

»3.° *Plica accidental, artificial, falsa.*—La enfermedad procede del desaseo; no va precedida de ningun síntoma morboso; se desarrolla lentamente, y no ejerce en la economía mas influencia que la mecánica propia de su masa. Los cabellos adquieren el aspecto de un verdadero fieltro, se enredan en todos sentidos y no estan doloridas sus raices: el incremento de la plica falsa se verifica por yusta-posicion.

»No seria del caso ocuparnos aquí de la *plica falsa*. Tampoco hemos encontrado nada en los autores que justifique la distincion de la plica en *verdadera* y *crítica*; y por lo tanto no tenemos elementos para hacer esta doble descripcion. Delafontaine (loc. cit., p. 30 y siguientes) establece divisiones mucho mas numerosas; distingue plicas *verdadera*, *falsa*, *verdadera y falsa*, *benigna*, *perniciosa*, *simple*, *complicada completa*, *triple* (*dos verdaderas y una falsa*), *conocida y desconocida!*

»Por último, atendiendo á la forma esterior de las masas que presenta la plica, se han establecido las especies y variedades siguientes:

Plica multiforme. (*Plica caput Medusæ*)............	Plica en trenzas.	*Plica laciniata.*
	Plica en rizos....	— *cirrata.*
Plica de cola ó solitaria........... (*Plica longicauda*)................	Plica lateral.	*Plica lateralis.*
	fusiforme....	*fusiformis.*
	falciforme....	*falciformis.*
	en masa......	*clavæformis.*
Plica en masa.... (*Plica cespitosa*).	Plica mitriforme.	Plica *calydtræformis.*
	— globulosa..	— *globiformis.*

»Alteraciones anatómicas.—Muy poco nos dicen los autores acerca de la anatomía patológica de la plica, y aunque Szokalski nos dá algunos pormenores, son insuficientes ó relativos á las complicaciones. La piel del cráneo está mas gruesa, dura é infiltrada de una materia amarillenta, linfática, cuajada y combinada con el tejido subcutáneo. Hánse encontrado debajo de la piel del cráneo depósitos considerables de una materia líquida, amarilla verdosa, que se abre caminos tortuosos en diferentes direcciones (Kocler). Los bulbos de los cabellos estan llenos de un líquido glutinoso y amarillento, que fluye por la presion (Delafontaine, Gilibert). La mucosa gastro-intestinal presenta chapas rojas de diferentes tamaños, está engrosada, reblandecida y cubierta con una capa de moco purulento de olor desagradable. El hígado presenta constantemente alguna alteracion; ora es mas voluminoso, mas

duro, friable ó granuloso; ora presenta masas encefaloideas (José Frank); las glándulas linfáticas, y los gánglios mesentéricos son á menudo voluminosos, duros, amarillentos y lardáceos. Los pulmones suelen contener masas tuberculosas y aun encefaloideas.

»Szokalski habla despues de las alteraciones del sistema vascular que, segun él, pertenecen esclusivamente á la plica: las venas estan varicosas durante la vida, y despues de la muerte presentan *una flojedad* particular de su membrana interna. La sangre espesa y glutinosa ofrece el aspecto especial que distingue á la de los vasos venosos grandes, como por ejemplo la vena porta (Szokalski, loco citato, p. 28-29).

»Es visto, pues, que la anatomia patológica no ilustra en manera alguna la historia de la plica.

»Sintomatologia.—*Fenómenos locales.—Enredamiento de los cabellos y los pelos.*—La plica se desarrolla muy lentamente ó de pronto. Pretenden algunos que despues de un sueño profundo, ó de una emocion moral, ó de un esceso en las bebidas, se han visto cabelleras hasta entonces muy hermosas y muy cuidadas, que han adquirido la enfermedad en el espacio de una noche ó de algunas horas (Delafontaine, loc. cit., p. 17; Szokalski, loco citato, p. 18 y siguientes). Sin embargo, segun Szokalski, este desarrollo rápido solo se verifica cuatro veces de cada ciento próximamente.

»Siente el enfermo una contraccion, una tension en las partes superiores de la cabeza; los cabellos se engruesan y exhalan un olor nauseabundo particular; la piel del cráneo y toda la cubierta cutánea segregan un líquido viscoso, glutinoso, un *sudor pegajoso*, de olor fuerte y penetrante, que deja en el lienzo ó franela un resíduo blanquecino. Este líquido tiene la propiedad de enredar los cabellos ó los pelos que se ponen en contacto con él, respecto de lo cual cuentan los autores las historias mas estraordinarias. «Este sudor, no solo tiene la propiedad de enredar los cabellos del mismo individuo, sino que hasta ejerce su accion en los pelos estraños con que se pone en contacto; *asi es que las mechas de pelo*, *pertenecientes á personas queridas ya difuntas*, *que algunos llevan en el pecho*, *se convierten*, *en los que padecen plica*, *en verdaderos tricomas.*» Hánse visto postizos y pelucas convertidos en plica. Oczapowski cortó á una mujer un mechon de pelo mojado en esta secrecion, le guardó en un armario, y al dia siguiente le encontró convertido en una masa de plica. «Tambien es indudable que las plicas, sobre todo las que estan húmedas, quitadas de los enfermos, y puestas en la cabeza de otras personas, poseen la propiedad de enredar los cabellos con que se ponen en contacto. *De este modo se trasplanta la plica de una á otra cabeza*» (Delafontaine, Oczapowski, Szokalski).

»No tardan los pelos en aglutinarse, mezclarse y enmarañarse en términos de no poderse desenredar, sin que sea posible oponerse á ello. «Una jóven alemana esperimentaba cada dia mayor dificultad en desenredar sus cabellos; advertida por el médico de que se le formaba una plica, y asustada de la incomodidad que la amenazaba redobló sus cuidados de aseo; pero todo fué en vano, *porque sus cabellos se enredaban mas y mas hasta en el acto de peinarlos*

»Los cabellos enfermos afectan disposiciones muy variables: ora, dice Alibert (*Monogr. des dermatoses*, p. 325, en 4.°; Paris 1832), forman hacecillos que se reunen en cuerdas espirales, de manera que la cabeza parece rodeada de una multitud de culebras espantosas que recuerdan la existencia fabulosa de las Gorgonas» (*plica multiforme*, *en trenzas*, *en rizos*). Estas cuerdas se prolongan y adquieren muchas veces dimensiones estraordinarias: cítanse colas que tenian cuatro, seis y hasta veintiocho varas (Szokalski, loc. cit., p. 15). Kowalewski vió á una jóven que tenia en los púbis una mecha de plica de tal longitud, que podia rodearse con ella el cuerpo como con un cinturon. Sin embargo, por lo comun no pasan las plicas de seis pulgadas.

»Algunas veces no hay mas que una sola mecha (*plica solitaria*) que ocupa una porcion mas ó menos estensa de la cabeza y afecta diferentes formas, pudiendo ser cilíndrica, abultada, estrecha, ancha, gruesa ó delgada, etc. (plicas *fusiforme*, *falciforme*, *en forma de maza*). Szokalski vió un viejo que tenia hacia ya treinta años encima de la oreja derecha una sola mecha de plica de media pulgada de grueso.

»Ora se amontonan los cabellos y forman una sola masa compacta (plica en masa), cuya forma es á menudo bastante estraordinaria (plicas *globulosa mitriforme*, *macho*, *hembra en forma de gorro*, *con varios pisos*, etc.): se han visto algunas que cubrian todo el cuerpo como una capa y pesaban 10, 20, 30 y 40 libras.

»Las masas tricomáticas estan siempre húmedas y blandas al principio, y á menudo conservan este caracter todo el tiempo que dura la enfermedad, esto es, diez, veinte, treinta ó cuarenta años: otras veces se secan, se endurecen y forman una masa compacta dura é inaccesible al peine.

»Unas veces estan las masas de plica adheridas á la cabeza; otras las separa de ella un espacio mas ó menos grande, en el cual no presentan los cabellos ninguna disposicion anormal. Muy á menudo estan cubiertas de una multitud de piojos.

»¿Sufren los cabellos alguna alteracion en su estructura, ó solo estan aglutinados y mezclados entre sí? Rolfink, Vicat, Schlegel, aseguran que en lo interior del pelo se derrama una materia fluida, de naturaleza particular, que los distiende en términos que picándolos sale al este-

rior: cuando es el líquido muy abundante ó cuando no resiste bastante los cabellos, se rompen sus paredes y se verifica un derrame por el sitio de la rotura. Pero Delafontaine, Gasc y la mayor parte de los observadores modernos niegan la esactitud de estos hechos. Segun Gasc, examinando con el lente una masa de plica, no se descubre ninguna alteracion de estructura en el pelo, que ni es mas ni menos voluminoso que el sano, y no fluye de su interior ningun líquido, ninguna materia particular.

»No hablamos de la friabilidad, de la sensibilidad de los cabellos, ni del flujo sanguíneo que provoca su seccion; porque nadie se atreve en el dia á sostener la realidad de estos fenómenos.

»No son los cabellos el asiento esclusivo de la plica, pues esta se manifiesta tambien aunque con menos frecuencia en los pelos de la barba, de las patillas, de la axila ó del púbis. Viene tambien acompañada esta enfermedad de *una alteracion de las uñas*, que se presenta bajo tres formas: ora está la uña dividida en hacecillos longitudinales, distribuidos irregularmente, pegados unos á otros y que se separan muy fácilmente; ora aparece dividida en hojuelas laminares, en escamas sobrepuestas, surcadas transversalmente y á menudo separadas entre sí; ora por último se convierten las uñas en masas córneas parecidas á las garras corvas y abolladas de ciertos animales (Szokalski, loc. cit., p. 26 y 27).

»*Fenómenos generales*.—Los autores que con Vicat, Alibert, Delafontaine y Jourdan consideran la plica como una afeccion general *sui generis*, y que admiten la existencia de un virus *coltónico*, nos han trasmitido descripciones que en buena lógica es imposible aceptar.

»La enfermedad se anuncia por trastornos en las principales funciones de la economía, alterándose en primer lugar la digestion y la nutricion. Hay dolor y pesadez en el epigastrio y detras del esternon, anorexia, dolores pungitivos, flatos, cólicos, náuseas, vómitos de materiales biliosos, estreñimiento tenaz ó bien una diarrea fétida; las orinas salen cargadas y depositan un sedimento rojo; los enfermos tienen dolores vagos en las articulaciones, que se estienden en seguida á los homóplatos, la espina dorsal, la region posterior del cuello y de la cabeza. El pulso es lento, pequeño; pero por la tarde se manifiesta un movimiento febril que termina por la noche en un sudor viscoso, glutinoso y escesivo. El sistema nervioso toma tambien parte en la afeccion: sobrevienen cefalalgia parcial limitada á un espacio muy pequeño (clavo), vértigos, postracion, hormigueo en los miembros y en las articulaciones y dolor agudo debajo de las uñas; el enfermo está triste, melancólico y padece diferentes alucinaciones (Alibert, Jourdan, Szokalski).

»Si en esta época se verifica la crisis, si se dirige el virus á los cabellos y se efectua su enredamiento, se alivian y desaparecen poco á poco todos los síntomas; pero si por el contrario no tiene lugar el movimiento crítico, el virus ejerce su funesta influencia en las vísceras y en los diferentes tejidos de la economía, pudiendo entonces producir histerismos, hipocondrías, epilepsias, catalepsias, córea, jaquecas, cardialgias, parálisis de los miembros inferiores, gastro-enteritis, hepatitis, pleuresías, metritis, pericarditis, meningitis cerebrales ó raquidianas, encefalitis, mielitis, diferentes oftalmias, etc., etc., etc. (Szokalski, loc. cit., p. 12). «Si la traslacion metastásica se verifica hácia el sistema respiratorio, dice Alibert (loco citato, p. 317), produce síntomas de asma, esputos sanguíneos, catarros sofocativos y hasta la consuncion pulmonal; si hácia el estómago y los intestinos, sobrevienen flujos disentéricos, diarreas y cólicos; y si se dirige al órgano cerebral, se declaran accesos epilépticos, apoplegía y á veces accesos maniáticos.»

«Cuando el principio morbífico se fija en los ojos, dice á su vez Jourdan (*Dict. des sc. méd.*, t. XLIII, p. 256), resultan oftalmias violentas, cataratas y amaurosis. En las estremidades ocasiona el virus nudosidades, tumores, infartos glandulares, abscesos y gangrenas. Despues de haber alterado los fluidos, ataca tambien los sólidos, resultando de aqui escrecencias huesosas y caries, que muy luego interesan todos los huesos, principalmente el vomer y las piezas que forman la bóveda palatina.»

»Puede darse mayor confusion? No es evidente que se ha considerado como espresion del virus coltónico, la coincidencia del enredamiento de los cabellos con la pulmonía, con la sífilis ó con cualquiera otra enfermedad del cuadro nosológico? ¿No es increible que en nuestro siglo nos veamos reducidos á semejantes datos para trazar la historia de un estado morboso, que se puede observar cómodamente á no mucha distancia de los pueblos mas civilizados?

»Dice Szokalski, que un médico polaco muy apreciable le ha asegurado últimamente, que no hay un solo estado patológico de los que suelen observarse en su pais, que no se haya visto al principio de la plica; pero el mismo Szokalski añade con mucha razon: «confesamos que esta manifestacion nos ha parecido muy singular, porque es imposible que una sola causa morbífica, aun cuando sea una discrasia en el sentido del antiguo humorismo, pueda provocar tan diferentes resultados. «Tenemos los mismos escrúpulos que Szokalski, y creemos que mientras no se aduzcan mejores pruebas, no se puede admitir la existencia de un virus que se dejaria muy atras al sifilítico respecto á la generalidad y diversidad de sus resultados morbosos específicos.

»Curso, duracion, terminaciones.—Despues de haber leido la descripcion que acabamos de reproducir, ya se deja conocer que la plica, aun admitiendo que sea enfermedad, solo puede ser para nosotros una enfermedad local.

Por consiguiente, lo que vamos á decir no se aplicará sino al estado de enredamiento y aglutinacion de los cabellos.

»Ya se verifique esta de pronto ó ya de un modo lento y gradual, cuando ha llegado á su mayor incremento, persiste indefinidamente diez, veinte, treinta ó cuarenta años, sin dar orígen á ningun fenómeno morboso; solo tienen los enfermos las incomodidades que pueden resultar de la longitud, volumen y peso, de las masas que constituyen la plica. Si sobreviene la muerte es por alguna complicacion, pues no hemos encontrado ningun hecho en el cual se la pueda referir al estado de la piel del cráneo, de los bulbos pilosos ó de los cabellos.

»Diagnóstico.—Segun los autores, es fácil distinguir la plica *verdadera* de la *falsa*: esta se forma siempre gradualmente; no viene precedida ni acompañada de ningun síntoma morboso; las masas que la forman estan siempre secas y llenas de polvo y de cuerpos estraños; en la superficie de la cabeza no se verifica ninguna secrecion preternatural; no adquieren nunca los mechones una longitud muy grande, y puede tirarse de ellos moderadamente sin producir dolor.

»Claro es que semejantes caractéres diferenciales no pueden existir para los que con Gasc no reconocen otra plica que la accidental. «El enredamiento de los cabellos hasta su raiz, dice Rochoux, no tiene el valor que se le atribuye, pues no hay motivo para que una vez enredados por sus estremidades, no lleguen á estarlo en toda su longitud. El mismo Jourdan destruye todo el valor de su pretendido signo diagnóstico, diciendo que en la plica verdadera completamente madura, no se verifica el enredamiento de los cabellos en la porcion de estos que diariamente crece, estableciéndose muy pronto un intervalo mas ó menos marcado entre la masa de la plica y los bulbos pilosos. Asi, pues, esta misma señal podrá hacernos confundir la plica verdadera con la falsa y vice versa.»

»Pronóstico. — El pronóstico depende del modo como se considere la enfermedad. Escusamos repetir lo que queda dicho acerca de este punto.

»Etiologia.—*Causas predisponentes.—Edad.* Entre 5,327 sugetos afectados de plica que figuran en la estadística del ducado de Posen se contaban.

932 individuos de edad de	1 á 5 añ.	ó 17 por	%
911	10 á 20. . .	9	%
579	20 á 30. . .	11	%
732	30 á 40. . .	13	%
857	40 á 50. . .	17	%
768	50 á 60. . .	14	%
588 de mas de 60 años		11	%

»Si se recuerda que la proporcion disminuye muy rápidamente á medida que se acerca el término de la vida humana, se verá que la plica es mas frecuente en las épocas estremas de la existencia. Efectivamente, Posen contaba 1,313 individuos de mas de sesenta años de edad, y entre ellos habia 50 con plica, es decir, cinco de cada veintiseis.—*Sexo.* Delafontaine asegura que los hombres estan mas espuestos á la plica que las mujeres; pero resulta lo contrario de la estadística del ducado de Posen, porque de los 5327 enfermos de plica 2,867 eran mujeres y 2,467 hombres.—*Nacionalidad.* La misma estadística da un enfermo de plica por cada 264 polacos; otro por cada 272 judios, y otro por cada 730 alemanes.—*Estado social.* Para 932 sugetos que habitaban en ciudades, se cuentan 4,395 aldeanos: 513 pertenecian á la clase media y 4,815 á la ínfima. «Las clases mas elevadas de la sociedad, añade Szokalski, no se han comprendido en la estadística por respeto á su posicion social; pero todos saben que en ellas es mucho mas rara la plica.»

»*Disposicion hereditaria.*—Seria muy importante para la patogenia de la plica determinar si se trasmite por herencia; pero tampoco se puede adquirir certidumbre respecto de este punto. En la estadística del ducado de Posen se ve, que la quinta parte de los que tenian plica eran hijos de padres, ó tenian parientes, que la habian padecido; pero como los descendientes se encuentran en las mismas condiciones que sus padres ¿qué puede concluirse de semejante resultado? Delafontaine y Alibert hablan de una *plica congénita*; pero Jourdan, Szokalski y la mayor parte de los observadores modernos no la han observado.

»*Endemia.*—Es positivo que la plica está concentrada en el dia en los límites de la antigua Polonia, de donde no pasa; pero ¿depende esta endemia de condiciones geológicas propias del clima, etc.; ó provendrá mas bien de influencias higiénicas, ó del desaseo ú otras circunstancias accidentales? «La plica, dicen, no se manifiesta nunca en los polacos que viven fuera de su pais, y los que la tienen se curan mejor en el estranjero que en Polonia.» Pero es de advertir que no se permiten ordinariamente los viages sino á individuos pertenecientes á las altas clases de la sociedad; y en cuanto á los emigrados y á los enfermos de plica, cuyo ejemplo se cita, pudiera decirse que al cambiar de pais, los primeros modifican sus costumbres, y los segundos renuncian á sus preocupaciones y se someten á un tratamiento racional. ¿Qué tiene de estraño que sea endémica la plica en un pais donde por confesion de todos los observadores, la gente del pueblo provoca el desarrollo de la enfermedad y rehusa obstinadamente dejarse curar cuando esta se desarrolla? La plica desapareceria del suelo polaco, si se consiguiese introducir en él una civilizacion mas adelantada y desarraigar las costumbres y preocupaciones de sus habitantes. José Frank dice, que la plica se observa principalmente en las regiones húmedas

y pantanosas, en los sitios en que forma lagos el Vistula, y donde se acumulan las aguas llovedizas y las que provienen de la licuacion de las nieves; las cuales se absorven con dificultad por no ser arenoso el suelo. Oczapowski ha observado que está muy estendida la enfermedad en las provincias de Polonia que abundan en rocas calcáreas y en capas de sulfato de cal.

»Concíbese fácilmente cuántos esfuerzos han debido hacer para demostrar el contagio los médicos que consideran la plica como una afeccion general y virulenta; pero todo ha sido inútil. José Frank cree que la plica reciente y húmeda se comunica por la lactancia, las ropas de cama, los vestidos y abrigos de cabeza; pero no apoya su aserto en ningun hecho, y eso que acostumbra ser tan pródigo en citas. Brera y Delafontaine (loc. cit., p. 12) solo aducen algunas observaciones poco valederas; al paso que por el contrario, se cuentan numerosos hechos en favor del no contagio: Beschorner ha hecho esperimentos cuyos resultados han sido siempre negativos (Szokalski, loco citato, p. 25).

»Entre las causas de la plica se ha colocado el frio, el calor, la humedad, los disgustos, el terror, las afecciones morales vivas, los alimentos escitantes, el uso de la carne de cerdo y del pescado salado, las aguas que abundan en principios alcalinos, la costumbre de afeitarse la cabeza (Schlegel) y de cubrirla con gorros forrados; pero no está probada la accion de estas diferentes causas.

»Tratamiento.—*Profilaxis*. José Frank aconseja, con razon, llevar una nota esacta de los que padecen plica en el suelo de Polonia, y reunir cierto número de casos en un hospital especial, encargando el estudio de la enfermedad á un médico ilustrado. Pero no nos parecen tan bien las medidas que propone con el objeto de oponerse al contagio de la plica; creyendo por nuestra parte, que seria mucho mas útil y eficaz reformar las costumbres del pueblo, destruir sus preocupaciones, aliviar su miseria y mejorar su estado moral, restituyéndole la independencia de que se le ha despojado de un modo tan odioso.

»Cuando la plica es inminente, quiere Frank que eviten los enfermos cortarse el pelo y las uñas, y que dejen de usar el peine (loc. cit., p. 365); nosotros les aconsejariamos todo lo contrario.

»*Tratamiento curativo*.—Los médicos que consideran la plica como una enfermedad general, han preconizado las mas diversas medicaciones, entre las cuales nos bastará enumerar los vomitivos, los purgantes salinos y drásticos, los diuréticos, los diaforéticos, los sulfurosos, los antimoniales, los alcalinos, el mercurio, la yerba doncella, el licopodio, el aconito, los vejigatorios á la nuca ó á lo largo del espinazo, los baños de vapor, las aguas minerales de Busk y de Ivanovitch en Galitzia, etc. El modo como hemos considerado la plica nos dispensa de entrar en mas esplicaciones acerca de estos remedios:

»Davidson asegura haber curado mas de diez mil enfermos de plica cortando simplemente los cabellos, lo que justificaria las palabras de Desgenettes. La mayor parte de los autores pretenden por el contrario que esta operacion va siempre seguida de graves accidentes. «Puédese hacer la ablacion, dice J. Frank (loc. cit., página 367) cuando la plica ha salido del todo, cuando es antigua, seca, inodora; cuando está á cierta distancia de la cabeza, y por encima de ella se ven crecer cabellos sanos. En cualquiera otra circunstancia la seccion de la plica ofrece mucho peligro, observándose en su consecuencia estrabismos, amaurosis, contracciones musculares, supresion de orina, convulsiones, dificultad de hablar, la locura y la muerte. ¿Pero cuáles son los hechos que justifican un cuadro tan lúgubre? Una mujer padecia *tisis pulmonal* y plica; se cortó los cabellos, y pocos dias despues murió de la tisis (J. Frank, loc. cit.). Una joven, que se habia suprimido una plica ya muy antigua, empezó á padecer de úlceras en la *boca posterior y en la faringe*; otra murió de una *flebitis general* (Szokalski, loc. cit., p. 21). Difícil es abusar mas del adagio: *post hoc ergo propter hoc*.

»¿Puede asimilarse una plica antigua á un exutorio habitual, siendo peligroso suprimirla de pronto? No nos atrevemos á afirmarlo; pero en la duda es prudente cortar las plicas parcialmente.

»Naturaleza y sitio.—Nuestros lectores nos agradecerán sin duda que omitamos la esposicion y discusion de las doctrinas que representan la plica como una forma del reumatismo ó de la gota (Schlegel, *Ueber die Ursachen des Weichselzopf's*, etc.; Jena, 1806.—Hartmann, *Hufeland's journal*, número de junio, 1819), de la sífilis (Saxonia, *de plica*, etc.; Patav., 1600.—Wolframm, *Versuch ueber die höchstwarscheinlichen Ursachen und Entstehung des Weichselzopf's*, etc.; Breslau, 1804.—Larrey), de la lepra (J. Frank, loc. cit., p. 362), del escorbuto, de las escrófulas, del cancer, etc.

»Ya hemos dicho que los que consideran la plica como una enfermedad virulenta especial, no se apoyan en ningun fundamento sólido, puesto que la trasmision hereditaria, el contagio y la existencia del virus coltónico, son todavia problemáticos.

»Háse atribuido la plica á una alteracion de la sangre, producida, segun Hoffmann (*Breschreibung des Weichselzopf's;* Varsovia, 1826), por la introduccion en el torrente circulatorio de las moléculas arcillosas esparcidas en la atmósfera; y segun Oczapowski, por el uso de aguas cargadas de moléculas calcáreas (*Praktyczny Wiklad chorob Kottunowych*, *Traité pratique des maladies pliqueuses*, Varsovia, 1839).

»Marcinkowski cree que la plica es un fenómeno crítico peculiar del suelo polaco, y que

todas las enfermedades, cualesquiera que sea su naturaleza, agudas ó crónicas, tienen en este pais una tendencia á terminar por el enredamiento de los cabellos, asi como las de los trópicos propenden á terminar por sudores, y las del norte por orinas críticas. Nunca se verifica el enredamiento de los cabellos en sugetos sanos y bien constituidos (*Uwagi nad historio i naturo kottuna;* Cracovia, 1836. —Véase *Arch. gén. de méd.*, t. III, p. 73; 1833). Szokalski modifica esta opinion de la manera siguiente. «El régimen alimenticio de las clases pobres en Polonia es casi esclusivamente ácido; la enorme cantidad de ácido acético introducido en la economía produce una diatesis, que imprime á todas las enfermedades un sello especial; las secreciones se modifican, y el sudor adquiere propiedades, cuyo efecto es producir el enredamiento y aglutinacion de los cabellos. La plica considerada bajo este punto de vista merece el nombre de *crisis endémica*; sin embargo, adviértase que no es la plica misma la que tiene la propiedad crítica, sino el sudor modificado por la *diatesis endémica*» (mem. citada, p. 49 y siguientes).

»¿Es á lo menos la plica una afeccion local procedente de una alteracion de los cabellos ó de la piel, de los sistemas piloso y epidermoideo? No hay datos bastantes para afirmarlo; la longitud, á veces exagerada, de las masas que constituyen la plica no es una prueba fehaciente, ni suministra tampoco la anatomía patológica resultados mas positivos.

»Historia y bibliografia.—A pesar de las sábias y laboriosas investigaciones de Sprengel (*Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde*, t. II, pág. 561; Hall, 1793) y de Weeze (*Ueber die plica polonica, ein historisch critischer Versuch*, en *Rust's Magaz.*, t. XXV, p. 301), el origen de la plica es muy oscuro. Unos dicen que esta afeccion fue importada del Oriente despues de la tercera invasion de los tártaros, y que era conocida en 1285; otros pretenden que antes de manifestarse en Polonia, habia existido ya en Alsacia y en Suiza. Sea de esto lo que quiera, Hércules de Saxonia es el primero que ha dado una descripcion circunstanciada de esta enfermedad (*De plica quam Poloni Gwozdziec, Roxolani Kottunum vocant;* Patav, 1600). Á su obra siguieron muchas memorias y disertaciones, en las cuales es imposible distinguir el error de la realidad, lo verdadero de lo falso, y en que generalmente se halla reemplazada la descripcion de la plica por la de todas las enfermedades del cuadro nosológico (J. Frank, loc. cit.). Estos numerosos escritos encontraron en Davidson un crítico ilustrado y severo, que despues de haber probado que no está demostrada la existencia del virus coltónico, siendo imposible admitir que pueda manifestarse por el desarrollo de todas las enfermedades conocidas, concluye que la plica no es mas que el enredamiento y aglutinacion de los cabellos, producidos por el desaseo y las preocupaciones (Davidson, *Plicomastix seu plicæ è numero morb. apospasma*).

»La opinion de Davidson fue muy combatida por Plemp (*De affect. capillorum et unguium;* Louvain, 1662), Gehema (*De morbo vulgo dicto plica polonica;* Hambourg, 1683) y otros muchos escritores.

»Durante el siglo VIII volvió á incluirse la plica entre las enfermedades generales. Ya hemos dado una muestra de las descripciones que de ella se han hecho, y enumerado las doctrinas hipotéticas que la referian al escorbuto, á la sífilis, á un virus especial, etc. Los principales escritores de esta época son Binninger (*Diss. de plica polonica;* Basil., 1702), Erndtel (*Diss. de plica polonica;* Lips, 1724), Vater (*Programmata de plica polonica;* Vitteb., 1748), Vicat (*Mem. sur la plique polonaise;* Lausana, 1775), Hoffmann (*Beschreibung des Weichselzopf's;* Königsberg, 1792), Delafontaine (*Ueber den Weichselzopf's;* Breslau, 1792, trad. de Jourdan; Paris, 1808) y Brera (*Notions sur la plique polonaise;* Bruselas, 1797).

»Los escritores de nuestro siglo han tratado de aclarar por medio de investigaciones mas detenidas y científicas las causas y la naturaleza de la plica; pero desgraciadamente no han podido conseguir todavia su objeto. Mientras que Wolframm refiere la plica á la sífilis (*Versuch über die höchstwarscheinlichen Ursachen und Entstehung des Weichselzopf's;* Breslau, 1804), Schlegel (*Ueber die Ursachen des Weichselzopf's;* Jena, 1796) y Hartmann (*Kritische untersuchungen uber den Weichselzopf's*, en *Hufeland's journ.*, número de junio, 1819) la refieren al reumatismo; y al paso que Jourdan se declara partidario de las doctrinas humorales del siglo VIII (*Dict. des sc. méd.*, art. *Plica*), Chamseru (*Mémoire sur la plique polonaise*, en *Mém. présentées à l'Institut. des sc. mathem. et phys.*, t. II) y Gasc (*Mémoire sur la plique polonaise*, en *Mém. de la soc. de méd. de Paris*, t. I; 1817) tratan de hacer prevalecer la opinion de Davidson. Entre los unos y los otros está una doctrina mas moderna, por la cual se ve en la plica una *crisis endémica local* (Marcinkowski, *Arch. gén de méd.*, t. III, p. 73; 1833.—*Uwagi nad historio i naturo kottuna;* Gracovia, 1836. —Szokalski, *De la plique polonaise dans l'etat actuel de la science;* Paris, 1844) *Adhuc sub judice lis est.*

»Los artículos plica y tricoma del *Diccionario de ciencias medicas*, la obra de Oczapowski (*Praktyczny wiktad chorob kottunowych;* Varsovia, 1839) y la memoria de Szokalski son los escritos donde se encuentra la historia mas completa de la plica.» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VIII, página 136—144.)

GÉNERO DUODÉCIMO.

De la alopecia.

»La palabra *alopecia* se deriva de ἀλώπηξ, zorro, porque este animal suele perder el pelo en razon de los progresos de la edad, ó por los calores del estío.

»Sinonimia. — Ἀλωπεκία, ὀφίασις, de Celso; *area*, de Sand; *alopecia*, de Sauvages, Linneo, Vogel y Sagar; *gangrena alopecia*, de Young; *trichosis area*, de Goodwin; *calvities*, de Pfeiffer; *alopecia*, de Lagneau, Rayer, etc.

»Definicion.—Caida senil, accidental ó prematura, parcial ó total, ó falta de desarrollo de los pelos ó de los cabellos, que se manifiesta particularmente en la piel del cráneo ó en la barba de los hombres, en las partes genitales, en las regiones axilares, en las cejas ó en el borde libre de los párpados en ambos sexos.

»Division.—La alopecia puede ser general ó parcial; pero seria un error dividir la historia de esta afeccion apoyándose en semejante caracter. Por nuestra parte hemos creido oportuno fijar especialmente nuestra consideracion sobre las circunstancias que le dan origen; y asi presentaremos primero la descripcion de la alopecia idiopática, que resulta de una modificacion patológica primitiva y simple de los bulbos pilosos; despues la de la alopecia sintomática, á la cual referiremos la congénita, la senil y la que resulta de la estenuacion del individuo, y finalmente la alopecia sifilítica. De este modo podremos indudablemente ilustrar algun tanto una de las cuestiones mas difíciles de la patologia cutánea, y completar la historia de un accidente que llama con mucha frecuencia la atencion del médico práctico. En una palabra, procuraremos estudiar esta afeccion con todo el detenimiento que permite su importancia.

»La *alopecia idiopática*, que sobreviene á consecuencia de una afeccion simple de los bulbos pilíferos, es sin duda una de las formas que se encuentran con mas frecuencia. Preséntase especialmente en la convalecencia de las enfermedades agudas de alguna gravedad, y entonces va precedida por lo regular de un ligero eritema de la piel del cráneo, ó de la *pitiriasis de la cabeza*. En esta forma se desprenden con abundancia unas películas epidérmicas blanquecinas, y determinan la caida sucesiva de los pelos que se insertan en sus inmediaciones; hasta que pasado mucho tiempo vuelven á formarse nuevas producciones pilosas que reemplazan á las que existian anteriormente. Al principio tienen estas poco espesor, son secas, quebradizas, bífidas en su estremidad; pero luego adquieren mas consistencia.

»En ocasiones depende la alopecia de una inflamacion de los mismos folículos pilosos. Este accidente viene á complicar gran número de afecciones cutáneas, y principalmente las que tienen su asiento en la piel del cráneo. Generalmente sucede á la tiña favosa, al impetigo, al eczema crónico y á la erisipela.

»Hay una afeccion que produce con especialidad la caida de los cabellos por la tendencia que tiene á fijarse en la piel del cráneo, y que ha sido descrita por Willan con el nombre de *porrigo decalvans*. Cazenave y Schedel (*Abrégé pratique des malad. de la peau*, p. 232; 1828) creen, y á nuestro parecer con razon, que esta afeccion no difiere de las pústulas que se designan con el nombre comun de *porrigo*. Probablemente procederá de la combinacion de las numerosas variedades que se han agrupado últimamente bajo la denominacion única de *porrigo favosa* (véase esta palabra), y debe por lo tanto referirse á la historia de esta enfermedad. Rayer no participa de esta opinion (*Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 68, art. alopecia); ignora cuál sea la naturaleza de la afeccion de los folículos pilosos que ocasiona la alopecia: lo único que ha visto es que no produce en la superficie del cráneo ni vesículas, ni pústulas, ni otras formas eruptivas, y esto le hace creer que difiere esencialmente bajo este punto de vista de las alopecias parciales que se observan á consecuencia del favus, de la sifílides circinada, etc. (*Traité théor. et pratique des maladies de la peau*, t. III, pág. 739; 1835).

»Es de creer que la diversidad de pareceres entre los citados observadores consista únicamente en no haber fijado con esactitud la denominacion de *porrigo decalvans*. Todd (*The cyclop. of pract. med.*, t. I, p. 51) aumenta todavia la oscuridad de la cuestion, cuando asegura haber curado fácilmente á individuos atacados de esta enfermedad, atacando el mal en su origen, es decir, remediando la *gastritis crónica* ó la *dispepsia inflamatoria*. En atencion á estas palabras se puede suponer que el práctico inglés no comprende como Cazenave y Schedel el *porrigo decalvans* de Willan, porque hasta el dia las afecciones tiñosas pertenecientes al *porrigo favosa* no se han creido sintomáticas de una irritacion gastro-intestinal.

»Sea de esto lo que quiera, es facil conocer que esta primera forma de alopecia, designada con la calificacion de *idiopática*, puede presentarse de dos modos diferentes: el primero consiste en una flegmasia eritematosa muy ligera de las capas superficiales de la piel, que casi siempre pasa desapercibida del enfermo y aun del médico, y que ocasiona el desprendimiento de algunas escamillas epidérmicas, que se caen bajo la forma pulverulenta, arrastrando consigo las producciones pilosas de las partes inmediatas en una estension considerable. La segunda variedad sucede á una alteracion profunda de la piel, y mas frecuentemente á una enfermedad pustulosa de la del cráneo, que desorganiza los bulbos de los pelos, atacándolos en el punto de su implantacion, y termina por cicatrices mas ó menos profundas, que no permi-

ten la insercion de nuevos pelos. La primera, ó bien produce una alopecia general, ó de lo contrario se limita á la region sincipital. Los cabellos se van cayendo poco á poco, y son muy raros los que resisten á la afeccion que ocasiona su caida; al cabo de un mes y aun de quince dias, se aprecian ya muy bien los estragos producidos por el mal. Pero no tarda mucho en volverse á cubrir el cráneo de un vello mas ó menos espeso; los pelos nuevos, delgados al principio, delicados y frágiles, van creciendo poco á poco; algunos se caen; pero otros se sostienen y llegan á adquirir una longitud considerable, aunque todavia continúan flácidos, secos, quebradizos y poco voluminosos. Sin embargo, van adquiriendo cada vez un desarrollo mayor, y á los dos meses y medio ó tres, contados desde la invasion de la enfermedad, vuelven por lo regular las partes á su estado normal. Algunos han creido advertir que á consecuencia de esta calvicie morbosa tomaban los cabellos un color oscuro mas pronunciado, ó por el contrario mas rubio, ó bien se hacian menos rectos.

»Estas observaciones son tal vez fundadas, si se aplican al primer vello que se presenta; pero generalmente son erróneas relativamente á los pelos que se desarrollan en el último período, viniendo á reemplazar definitivamente á los que destruyera la enfermedad.

»La alopecia idiopática que resulta de una alteracion profunda de la piel, se limita casi siempre á espacios bien circunscritos. Generalmente ocasiona la caida de los cabellos en todos los puntos en que se desarrollan las pústulas, y desde las primeras erupciones. Poco á poco se va quedando la piel reluciente en los puntos que ocupaban los cabellos, los cuales rara vez vuelven á brotar, ó por lo menos no se reproducen nunca como antes de la erupcion, sino que por el contrario ofrecen un aspecto lanugiento muy notable. La alopecia idiopática transitoria tiene generalmente su asiento hácia el sincipucio, como hemos indicado anteriormente; la profunda ataca indistintamente las diversas partes de la piel del cráneo ó de los tegumentos en general, y no ofrece regularidad alguna en su asiento.

»En la afeccion que Rayer refiere al *porrigo decalvans* de Willan, presenta la piel del cráneo, de las mejillas ó de la barba, una ó varias manchas circulares, enteramente desprovistas de pelo. La piel está lisa, sin rubicundez, y tiene muchas veces una blancura notable. Las áreas de las manchas circulares desprovistas de cabellos se agrandan progresivamente. Cuando existen muchas manchas casi contiguas, acaban por reunirse, y si se abandona la enfermedad á sí propia, puede desnudar de cabellos una gran parte de la cabeza..... Los primeros cabellos que se reproducen en la superficie de estas áreas, cuya piel está comunmente algo descolorida, tienen en general una contestura mas fina y un color menos pronunciado, que los cabellos sanos inmediatos (loc. cit., página 739-740).

»Thomson (*The cyclop. of pract. med.*, t. IV, p. 627, art. PORRIGO) considera el *porrigo decalvans* del mismo modo que Rayer. En su opinion esta enfermedad no es otra cosa que el *área* de Celso, la *alopecia areata* de Sauvages, y el *trichosis area* de Good. Cree que resulta de una modificacion en la secrecion de los folículos de la piel del cráneo, y no participa de la opinion de Bateman, que considera (*synopsis*, etc., p. 248) como contagiosa esta forma de alopecia.

»La afeccion descrita por los hermanos Mahon, bajo el nombre de *tiña depilante* (*teigne tondante*) (*Rech. sur les teignes*, etc., p. 133; Paris, 1829) se presenta del modo siguiente: en una ó varias manchas circulares estan rotos los pelos, á una ó dos líneas por encima del nivel de la piel, en cuya superficie se nota cierta aspereza, que le da un aspecto comparable á la carne de gallina. En este caso está la piel ligeramente azulada, y suministra unas escamitas, que se desprenden y caen bajo la forma pulverulenta. Empieza esta enfermedad por una alteracion poco estensa, que se ensancha frecuentemente por su circunferencia. Es sumamente rara.

»La *alopecia sintomática* puede depender de un estado de debilidad general, y en este caso comprende la alopecia congénita, la senil y la que procede de la estincion de las fuerzas; puede sobrevenir de resultas de hallarse enfermo algun órgano mas ó menos esencial á la conservacion de la vida, en cuyo caso constituye la alopecia sintomática; y en fin resulta á veces de una modificacion patológica general del organismo, que se ha designado con el nombre de *caquexia*, como sucede, por ejemplo, en la infeccion sifilítica constitucional.

»La *alopecia congénita* puede no ser mas que momentánea, ó prolongarse durante toda la existencia. Muchos niños nacen sin el menor vestigio de cabellos, y conservan desnudo el cráneo uno ó dos años despues del nacimiento.

»Pero rara vez dura tanto esta afeccion. En cuanto á la alopecia congénita que persiste toda la vida, pocos médicos han tenido ocasion de verla. Rayer la ha observado muchas veces, y cuenta con este motivo en su *Traité des maladies de la peau* (loc. cit., p. 735 y sig.) una curiosa observacion, que no creemos del caso trascribir. La alopecia congénita es una perversion fisiológica importante, que puede indicarse en esta obra, pero sin entrar respecto de ella en demasiados pormenores.

»La *alopecia senil* se ha indicado por muchos autores con el nombre de calvicie. Este fenómeno, que todos los dias tenemos ocasion de estudiar, ha fijado mucho tiempo hace la atencion de los médicos. Hé aqui como se espresa Bichat sobre este punto. «Hácia los últimos años de la vida se resiente el sistema piloso de la obliteracion general, que afecta casi todos los vasos esteriores, y empieza por no recibir la

sustancia colorante.... El pelo permanece blanco mas ó menos tiempo, y llega al fin á caerse, desprendiéndose entonces y desapareciendo enteramente el saco que cubre su raiz. He tenido ocasion de examinar muchas cabezas calvas: en todas estaba esactamente lisa la piel del cráneo en su superficie interna, separada del tejido celular. No se veia en ella ningun vestigio de los innumerables apéndices á manera de conductillos que quedan despues de estraidos los pelos. Tambien disequé un hombre que se habia quedado enteramente calvo á consecuencia de una fiebre pútrida; pero en este se hallaban íntegros todos los conductillos, y aun percibí en su fondo los rudimentos de nuevos cabellos.

»Hay pues entre la calvicie de los viejos y la que sobreviene á consecuencia de enfermedad, la diferencia de que en los primeros muere todo el cabello, porque se obliteran los vasos que van á la raiz; mientras que en el segundo caso solo se cae el pelo, pero permanece su bulbo (*Anat. gén.*, *système pileux*, §. III. *Etat du syst. pil. chez les vieill.*, p. 524; 1835).

»Como la alopecia senil resulta de una modificacion lenta en el tejido de la piel, tarda algun tiempo en establecerse; interesa especialmente las partes superiores y anteriores del cráneo, respetando por lo regular las regiones laterales y posteriores. Generalmente se ha observado que la cabeza está mas calva en los parages en que la piel se aplica inmediatamente sobre las superficies huesosas; asi es que todavia estan cubiertas de cabellos las sienes, las inmediaciones de las orejas y sobre todo la nuca, cuando ya han desaparecido casi en su totalidad los del resto de la cabeza. Los hombres estan mucho mas espuestos á este accidente que las mujeres, sin que esto resulte únicamente, como pudiera sospecharse, del uso del sombrero que gastan los primeros.

»La caida del pelo puede ser general en los viejos, y anuncia en este caso una debilidad muy pronunciada.

»La alopecia por estenuacion y fatiga la han mencionado muchos autores; los cuales la hacen depender de evacuaciones demasiado abundantes del líquido seminal, de los trabajos intelectuales escesivos y de las afecciones morales vivas y duraderas. A esta forma refiere Todd (loc. cit, p. 50) la alopecia que sobreviene en las afecciones febriles (*Lanc. franç.*, 1833, tomo VII, p. 422), á consecuencia del parto, durante el curso de la tisis ó de la diabetes (*Journal des progr.*, 1830, t. II, p. 43); lo cual justificaria la costumbre de los romanos, que pagaban á bajo precio los esclavos cuando tenian esta viciosa disposicion.

»Al lado de estos hechos deben tambien mencionarse los casos de alopecia que complican ciertas irritaciones intestinales y que se han indicado por Hipócrates (*De Intern. aph.*, sect. IV), Galeno (*de cur. morb. sect. loc.*, libro I, cap. II), Lemery (Rayer, loc. cit., página 741) y otros muchos autores. Esta alopecia presenta la mayor analogía en cuanto á su invasion, lentitud y asiento con la calvicie de los viejos, por lo cual nos remitimos á lo que queda dicho acerca de esta última.

»Entre los accidentes que acabamos de describir, unos son susceptibles de curacion, y otros deben resistir á todo tratamiento. Las alopecias idiopáticas que resultan de una profunda desorganizacion de la piel, y que hemos referido á las diferentes formas de porrigo, las que datan desde el nacimiento y han persistido algunos años, y las que atacan á los viejos, parecen generalmente incurables. Otras, como la alopecia idiopática que proviene de una ligera inflamacion eritematosa, la congénita en los niños de pecho, la que depende de debilidad, de fatigas ó de padecimientos, reclaman los auxilios de la terapéutica, y aun suelen curarse espontáneamente.

»Dedúcese, pues, que el conocimiento de las causas de la alopecia es el que puede suministrarnos los principales elementos para su pronóstico.

»Se han indicado muchos medios terapéuticos con el fin de evitar las diferentes formas de alopecia curable que hemos mencionado, ó de remediarla cuando ha sobrevenido. El charlatanismo ha esplotado á su sabor este ramo de industria; y sin embargo es necesario confesar que poseemos contra este accidente pocos recursos cuya eficacia esté completamente demostrada.

»Antes de emplear ninguna medicacion contra la alopecia, es necesario combatir cuidadosamente las causas que hemos dicho pueden provocarla. Se prescribirán los tónicos bajo diversas formas, en la alopecia por debilidad ó estincion de fuerzas; se recomendará la continencia cuando proceda el mal de pérdidas escesivas de esperma; se procurará distraer á los que vivan en un estado habitual de tristeza, y se sacará de su gabinete al literato que se entregue á un trabajo inmoderado, etc.

»Todd (loc. cit., p. 52) establece del modo siguiente el tratamiento de esta enfermedad: «Teniendo en consideracion las diferentes formas de alopecia que hemos tratado de indicar se comprenderá facilmente: que esta enfermedad ha podido curarse á veces por la flebotomía, por emisiones sanguíneas locales hechas á beneficio de sanguijuelas, por escarificaciones, por la acupuntura, por los purgantes, por la dieta debilitante y por los remedios antiflogísticos; que en otros casos ha podido ceder á una medicacion puramente local, á las fricciones secas ó practicadas con la manteca de topo, de caracol, de erizo, de oso, ó con sustancias cálidas y escitantes, como el alcanfor, la trementina, el aceite de nafta, el láudano ó las resinas; con aceites volátiles, como los de laurel, romero, clavo ó canela; con sustancias ácres, como el euforbio, la estafisagria, el mastuerzo ó los berros, la mostaza, el ajo, las cebollas y la tintura de tabaco; con aplicaciones

irritantes como las de hojas de higuera ó de ortiga, de tintura de cantáridas y aun de vejigatorios; ó en fin con ingredientes alcalinos, lo cual esplica el uso de la lejia hecha con cenizas vegetales, con caña quemada, ó con pelos de oso incinerados, y las lociones practicadas con la bilis de diferentes animales, con escremento de pájaros, ó con ese antiguo remedio conocido con el nombre de *stercus colombinus*. Tampoco parecerá estraño que hayan servido mejor en otros casos ciertas aplicaciones como el alumbre, la tierra foliada de tártaro dilatada en vino, el vitriolo azul y la tinta, preconizada por Celso; y que el rasurar repetidas veces las partes enfermas, medio tan aplaudido por todos los autores, se considere como un recurso aplicable á todos los casos, cualquiera que sea la forma de la enfermedad ó la naturaleza del tratamiento.

»Cuando existen signos de un estado inflamatorio de los folículos pilosos, ó un eritema de la piel en la inmediacion de las partes amenazadas ó atacadas de alopecia, son útiles las aplicaciones de sanguijuelas, cuya accion puede secundarse ventajosamente con la administracion de remedios purgantes.

»Si la enfermedad de los folículos parece depender de una irritacion inflamatoria de la membrana mucosa del estómago, se deben colocar las sanguijuelas hácia el apéndice sifoides, insistiendo ademas en un régimen alimenticio suave.

»En el primer caso, el mejor tópico que puede emplearse es un cocimiento de salvado ó de malvas. Si el tegumento atacado de alopecia parece estar muy débil, será conveniente estimularlo con escitantes directos (R. aceite de macias 2 dracmas; alcohol 4 dracmas: mézclese). El mismo resultado suele producirse tocando la parte con una disolucion de nitrato de plata, ó con un linimento compuesto de aceite comun y de ácido nítrico en las proporciones necesarias para determinar una ligera rubefaccion. No tenemos ningun hecho que compruebe las ventajas que se atribuyen al célebre aceite de Macasar; y en cuanto á la disolucion de sulfato de cobre en alcohol, preconizada últimamente por un médico aleman, podemos decir que la hemos visto usar inútilmente en varios casos. Cuando el tegumento está cubierto de películas furfuráceas, y la piel dura, brillante y coriácea como un pergamino, se acostumbra lavarla perfectamente con una disolucion alcalina ó sulfurosa (R. acetato de amoniaco 2 onzas; sub-carbonato de amoniaco 2 dracmas; alcohol media onza; agua comun 4 onzas: mézclese para lociones).Escusamos recomendar la mayor atencion en el análisis de las funciones en general, cuando alguna de estas alteraciones depende de una modificacion profunda en la salud.»

»Hemos creido oportuno dar á nuestros lectores una traduccion completa de las opiniones de Todd sobre el tratamiento de la alopecia, porque las obras francesas se hallan generalmente desprovistas de pormenores acerca del particular. Rayer (loc. cit., p. 743) no se atreve á decidir hasta qué punto pueden las medicaciones existentes determinar ó aumentar el desarrollo de la raiz de los pelos.

»En algunos casos se obtiene la reproduccion de estos con el uso de los diferentes remedios que hemos indicado anteriormente; pero puede establecerse por punto general, que este desarrollo es tanto mas completo cuanto mas jóven el individuo, y cuanto mas radicalmente se ha destruido la causa principal de la enfermedad. Cuanto acabamos de decir es aplicable al tratamiento de todas las depilaciones tegumentarias cualquiera que sea su asiento.

»La ALOPECIA SIFILÍTICA merece una descripcion particular, por su naturaleza, por su forma, y por el tratamiento especial que conviene oponerle. Estas consideraciones nos han decidido á incluir su historia en un párrafo separado. Todos los autores convienen en que la alopecia venérea se observó por primera vez en 1538. Añádese que Rangon, Fracastor, Falopio, Massa y Brassavole mencionaron este accidente como un fenómeno nuevo. Cullerier (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ALOPECIA, t. II, p. 70) se inclina á creer que esta forma morbosa existia antes de la época indicada; pero que no llamó la atencion en medio de los síntomas graves que acompañaban á la sífilis en los primeros tiempos.

»El mal que nos ocupa presenta la mayor analogia con la alopecia idiopática eritematosa que hemos indicado; y solo se diferencia de ella por los accidentes que le complican, y por la especificidad que preside á su formacion. No ignoramos que se ha querido introducir como variedad de la alopecia sifilítica, una depilacion que sobreviene sin alteracion apreciable del tejido cutáneo; pero nosotros no hemos creido conveniente mencionarla, porque sabemos que los autores que se habian propuesto dar á conocer este nuevo accidente han retrocedido luego, confesando que son todavia demasiado incompletas las observaciones que poseen acerca de este punto.

»Réstanos solo hablar de la alopecia sifilítica eritematosa. Esta enfermedad puede atacar, no solamente la piel del cráneo, sino tambien todos los puntos de los tegumentos que estan cubiertos de pelo. Tiene no obstante un asiento particular, y parece afectar con preferencia el vértice de la cabeza y las sienes. Cullerier (loco citato) menciona dos casos en que solo estaba interesada la region occipital. Cuando tal sucede, se encuentran por lo regular entre las raices de los cabellos ligeras películas epidérmicas, que se desprenden al peinarse, cayéndose con cierto aspecto pulverulento, y se reproducen con mucha rapidez. La piel subyacente parece mas encarnada que de costumbre, como si estuviese atacada de inflamacion crónica. Tales son los primeros síntomas de esta for-

ma de alopecia. Entretanto se daña el pelo en su matriz, se desprende, cae al mas pequeño roce, y deja descubierta una estension mas ó menos considerable de la piel.

»Las circunstancias patológicas que acompañan al desarrollo de la alopecia, y la existencia en las demas partes del cuerpo de alteraciones de naturaleza evidentemente venérea, guian generalmente al médico en el diagnóstico de la alopecia sifilítica.

»Esta forma de alopecia cede difícilmente á las medicaciones que se emplean, y por lo comun es bastante rebelde; por lo cual conviene oponerle el tratamiento mas pronto y mas metódico. Si hubiéramos de enumerar con este motivo los diferentes medios que deben oponerse á los progresos de la sífilis constitucional, aumentaríamos considerablemente la estension de este artículo; nos limitaremos pues á establecer las principales indicaciones. Ante todo es necesario remediar la causa interna que ha determinado la alopecia. Segun casi todos los prácticos, se debe recurrir para ello á un tratamiento específico, y los mercuriales y los antimoniales, asociados á las preparaciones llamadas sudoríficas, producen los mas felices resultados. Debe secundarse ademas este tratamiento con las diversas medicaciones locales y con los tópicos de naturaleza variada que hemos indicado respecto de la alopecia simple. En efecto, la alopecia venérea puede tomar tambien, ya la forma inflamatoria, ya la atónica en grados diferentes, y estas circunstancias son las que deberán servir especialmente de guia en la eleccion de los tópicos que se apliquen. Todd (loc. cit.) cree que puede ser util usar algunos granos de deuto-cloruro de mercurio asociados con los epitemas indicados. Dudamos que este medicamento, empleado de semejante modo, sea propio para acelerar sensiblemente la curacion; sin embargo, creemos que hácia el fin del tratamiento se podrán obtener buenos efectos con las lociones practicadas con un simple cocimiento de salvado, en el cual se hayan hecho disolver cuatro ó cinco granos de deuto-cloruro de mercurio: tambien se podrá usar un agua muy cargada de jabon ó sinapizada, ó las minerales de Bareges, naturales ó artificiales. Por último se recurrirá á grasas medicamentosas que contengan cuatro ó seis granos de proto-ioduro de mercurio por onza, ó al ungüento napolitano.

»Historia y bibliografia. — Fue la alopecia conocida de Hipócrates, quien refiere una observacion de esta enfermedad (*De int. Aph.*, sect. IV), la cual parecia depender de una alteracion de las funciones digestivas. Cornelio Celso (*De med.*, lib. 6.°, cap. IV) reconoce dos especies de área, que solo tienen de comun el que en ambas muere la cutícula, se desecan desde luego los pelos, y en seguida se caen... la conocida con el nombre de *alopecia* se estiende bajo toda especie de formas, y ataca los cabellos y la barba. Pero la llamada *ophiasis* á causa de su semejanza con una serpiente, empieza en la region occipital, en la cual no escede el ancho de dos dedos, y se estiende hácia las orejas por dos prolongaciones, que se dirigen en ciertos individuos hácia la frente, y vienen á reunirse en la parte anterior de la cabeza. Esta última especie de área se presenta en todas las edades, y casi nunca se cura sin remedios: la primera ataca por lo regular á los niños y se disipa por sí misma. Termina Celso dando algunos preceptos para el tratamiento de esta enfermedad.

»Vemos que desde muy antiguo fijó la alopecia la atencion de los patólogos. Galeno menciona un caso en que fue producida por hongos venenosos (*De cur. morb.*, sect. loc., lib. I, cap. II). Han estudiado sucesivamente esta afeccion Aecio (tetrab. 2, serm. II, LV); Ch. Piso (*De cogn. et cur. morb.*, lib. I, cap. L); Oribasius (*De loc. affect. cur.*, l. IV, c. XLII); Serapion (lib. I, cap. L) y Mercurial (libro I, cap. IV; lib. VI, c. IV). Pero donde realmente se ha basado su historia es en las investigaciones de los modernos. Ya hemos indicado que en ciertas épocas de epidemias graves, de *elefantiasis* y de *sífilis*, se presentó con mucha frecuencia, y la describieron varios médicos. Sauvages (*Nos. met.*, clase X, caquexias, §. 38) traza su historia, y admite cinco especies: 1.ª la alopecia simple; 2.ª la sifilítica; 3.ª la de los pájaros (muda); 4.ª la areata de Celso; 5.ª la porriginosa (pitiriasis de Linneo). Solo se encuentran algunas indicaciones en este pasage de la *nosologia metódica*.

»Para encontrar pormenores importantes sobre la materia que nos ocupa, es necesario recurrir á obras mas modernas. Cullerier no dijo, á nuestro modo de ver, en el artículo alopecia del *Diccionario de ciencias médicas* todo lo que debia haberle enseñado su larga esperiencia acerca de estos accidentes. No son mas completos los trabajos de Mahon (*Rech. sur les teignes*, en 8.°; Paris, 1829) sobre las enfermedades de la piel del cráneo. Rayer (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. alopecia, y *Traité des maladies de la peau*, t. III, p. 735 y sig., en 8.°, 1839) no ha dado á la esposicion de esta materia todo el rigor y esactitud que caracterizan generalmente sus escritos; sin embargo, nos hemos servido alguna vez de su trabajo. Cullerier sobrino (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. alopecia sifilítica) discurre bastante bien acerca de la especialidad que tomó á su cargo. Tambien se encontrarán consideraciones prácticas importantes en el artículo alopecia, inserto por Lagneau en el *Dictionnaire de médecine* (2.ª edicion). Seria injusto no mencionar en este catálogo la importante nota comunicada por Todd á la obra inglesa titulada *The cyclopedia of practical medicine*, la cual nos ha servido de mucho para la redaccion de este artículo» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. I, p. 43—48).

GÉNERO DÉCIMOTERCIO.

De la ftiriasis.

»Sinonimia.—*Enfermedad pedicular*, *prurigo pedicular*, Alibert; φθειρίασις, Aristóteles; *pthiriasis*, *pediculatio*, Celso, Plinio, etc.

»¿Existe la ftiriasis en el sentido que damos á esta palabra? No estan de acuerdo los autores sobre esta interesante cuestion. Rayer niega que puedan desarrollarse los piojos por *generacion espontánea*, y por consiguiente pone en duda la existencia de esta afeccion. «La ftiriasis, dice este autor, resulta siempre de picaduras sucesivas y múltiples hechas por los piojos contraidos de un modo accidental..... Esta enfermedad se admitió en una época en que era desconocida la prodigiosa fecundidad de tales insectos» *(Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, t. III, pág. 801-802; Paris, 1835). «Sin embargo, añade este médico, debo decir que he visto muchas veces en los niños cubrirse la cabeza casi de repente de una gran cantidad de piojos al terminarse una enfermedad grave, sin que los tuviesen las personas que los rodeaban» (loc. cit., p. 803).

»Cazenave tiene por el contrario como cosa incontestable la generacion espontánea (*Dictionnaire de méd.*, art. Pitiriasis, t. XXIV, página 296; Paris, 1841), y de esta opinion somos igualmente nosotros, pues aunque no puede esplicarse satisfactoriamente, nos parece hallarse apoyada en hechos numerosos y decisivos.

»Sin hablar de las observaciones referidas por Plinio y los antiguos, ni de Herodes, Sylla, Ennius, ni de Felipe II, que parece sucumbieron á la enfermedad pedicular, y acerca de los cuales dice con razon Rayer que un examen atento de las vísceras hubiera probablemente descubierto otra causa, hay autores modernos, de cuyas luces y buena fé no puede dudarse, que establecen de una manera perentoria, que en algunas circunstancias, casi siempre análogas, se desarrolla *de repente* una cantidad enorme de piojos, sin la intervencion de contacto alguno sospechoso. Hay individuos en quienes aparecen de pronto millares de insectos, siendo asi que una hora antes no tenian ninguno; se procura esterminarlos y destruir sus liendres con todo el cuidado posible, y apenas se ha conseguido cuando se producen de nuevo. Es posible negar la generacion espontánea en casos de este género? no está suficientemente demostrada por las observaciones de Marchelli y Alard (*Hufeland's Journal*, cah. 3; 1813), Stegmann (*Horn's Archiv.*, noviembre y diciembre, 1829), Kurtze (*Rust's Mag.*, cuad. I, t. XXXVI), Alibert (*Monographie des dermatoses*, en 4.°, página 706; Paris, 1832), Amelung (*Hufeland's Journal*, cuad. 8; 1837) y Pitschaft (*Hufeland's Journal*, cah. 3, 1839), etc.?

»Síntomas.—La ftiriasis se limita algunas veces á la cabeza, que se halla entonces como cubierta de un casquete pedicular; los cabellos desaparecen completamente debajo de los insectos, y estan enredados, reunidos en mechones, formando á veces en diversos puntos unas especies de nudosidades del grosor de una avellana al de una nuez, densas, duras y como algodonadas cuando se las corta con las tijeras, las cuales contienen en su interior millares de piojos (Picard, *Note sur la cachexie pediculaire*, en el *Bull. gén. de thérap.*, t. XIV, p. 177).

»La piel del cráneo se conserva perfectamente sana, á no ser que haya complicacion. Si hemos de creer á algunos autores (Forest, Rust, Wilmon, etc.), los piojos penetran á veces debajo de los tegumentos, y forman unos tumores cuya naturaleza se oculta muchas veces.

»En otros casos se cubre todo el cuerpo de estos insectos, que se difunden igualmente por la ropa, y penetran en las fosas nasales y en los oidos. El número de tales parásitos puede ser enorme: Marchelli habla de una mujer en quien se destruian todos los dias de seis á setecientos piojos. Amato Lusitano dice que eran estos tan abundantes y se multiplicaban con tal rapidez en un hombre que padecia ftiriasis, que dos criados suyos no se ocupaban mas que *en conducir á la mar cestas llenas de los insectos que recogian en toda la superficie del cuerpo de su amo*. La piel está á veces sana; pero por lo comun presenta pápulas y pústulas de ectima, y está cubierta de una capa mucosa espesa. Es intolerable el prurito, se aumenta por la noche, y á menudo se presenta por accesos.

»Cuando la afeccion adquiere grande intensidad y se prolonga por algun tiempo, se manifiestan síntomas graves: los enfermos se desaniman, se cansan de la vida, esperimentan una desazon general muy penosa, que se aumenta con el insomnio durante la noche; padecen ansiedad, escalofrios y lipotimias; se les alteran las funciones digestivas; todas las escreciones son fétidas, particularmente el sudor y la orina (Alibert, loc. cit., p. 707); se afectan las membranas mucosas, sobreviene la diarrea, y los enfermos se enflaquecen y demacran.

»Bernardo Valentin dice que en un hombre afectado de ftiriasis penetraron los piojos por debajo de la piel, y formaban tumorcitos, que dieron salida despues de abiertos á una gran cantidad de tales parásitos. Heberden (*Commentarii de morborum historia et curatione;* Lond., 1802, p. 278) y Fournier (*Dict. des sc. méd.*, t. IV, p. 252) citan casos análogos. «Si se han observado bien estos tumores, dice Rayer, ¿podrá suponerse que estaban constituidos por la introduccion de los piojos en los folículos dilatados de la piel?» (loc. cit., p. 803).

»Picard ha visto en muchos individuos afectados de ftiriasis un edema renitente, algunas veces general, pero comunmente limitado á la cara y á los miembros.

»Diagnóstico, pronóstico. — El diagnóstico

solo puede ofrecer dificultades cuando se quiere determinar si los piojos son debidos al contagio ó á la generacion espontánea. Para decidirse sobre un punto tan delicado, es preciso estudiar cuidadosamente las condiciones higiénicas y patológicas que rodean al enfermo, y tener en cuenta todas las circunstancias esteriores. Deberá admitirse la generacion espontánea, cuando aparezca *de repente*, en poco tiempo (una hora ó aun menos, Mourombal), un número considerable de parásitos, reproduciéndose del mismo modo inmediatamente despues de haber usado un tratamiento anti-entómico bien dirigido.

»A pesar de los numerosos ejemplos citados por algunos autores (G. Frank, M. Picard, etc.), en que pretenden que los piojos produjeron la muerte, creemos con Rayer que nunca es mortal la ftiriasis, y que cuando termina funestamente, se debe á las complicaciones ó al estado patológico que produjo la enfermedad pedicular. Sin embargo, por lo comun es funesto el pronóstico, pues el desarrollo espontáneo de los piojos va siempre unido á una alteracion grave general, y resiste muchas veces á todos los recursos del arte.

»Se ha dicho que la ftiriasis es á veces un fenómeno crítico saludable, citando casos de fiebres intermitentes y reumáticas que habian terminado por el desarrollo de piojos; pero esta asercion necesita apoyarse en nuevos hechos bien observados.

»Causas.—La ftiriasis de la cabeza la padecen con mas frecuencia los niños, y la del cuerpo casi esclusivamente los viejos. Entre las *causas predisponentes* se enumeran la falta de limpieza, la miseria, una alimentacion insuficiente, mal sana y esclusivamente vegetal; la humedad, la elevacion de temperatura y el sexo femenino. Aunque la ftiriasis constituye en algunos casos bastante raros toda la enfermedad, y se manifiesta sin que pueda sospecharse la causa de su desarrollo (Picard, loc. cit.), por lo comun nacen los piojos en el curso ó hácia el fin de una afeccion, de la que depende manifiestamente la generacion espontánea de los insectos. Son, pues, muchas veces *patológicas* las *causas determinantes* de la ftiriasis; pero desgraciadamente no pueden precisarse en el estado actual de la ciencia, ni el modo de accion de estas causas (véase naturaleza), ni aun las circunstancias morbosas que producen la afeccion pedicular. Las enfermedades que mas comunmente dan origen á la ftiriasis son todas las de la piel, especialmente el eczema crónico general y el porrigo, y las fiebres llamadas *malignas*, *pútridas*, *perniciosas*, *adinámicas*, *atáxicas* y *nerviosas* (Rust).

»Tratamiento.—Los baños sulfurosos ó mercuriales, las fumigaciones sulfurosas y mejor todavia con cinabrio, son los remedios mas activos que pueden emplearse contra este mal. Los enfermos deben observar una limpieza esmerada y usar de un régimen fortificante, á no ser que se halle contraindicado por algun otro motivo.

«Los autores que admiten la generacion espontánea de los piojos, dice Rayer (loc. cit., p. 804), recomiendan, para destruir la causa oculta que da origen á los insectos, la sangria, los amargos, los purgantes, los antiescorbúticos, las píldoras de protocloruro de mercurio, y otra multitud de remedios, que pueden ser útiles ó dañosos segun la naturaleza de las enfermedades que padezcan los sugetos.» En efecto, los remedios pertenecientes á la medicacion antientómica, deben variar segun las circunstancias patológicas que acompañen á la ftiriasis.

»Naturaleza.—Aristóteles atribuia la enfermedad pedicular á una *putrefaccion de la sangre*, y Teofrasto á una *corrupcion de las carnes*. Avicena dice que los piojos estan destinados á absorver los humores corrompidos que existen en el cuerpo. Burdach esplica del modo siguiente la generacion espontánea de los parásitos: «Las condiciones mas generales para la produccion de estos, son una vivacidad de la actividad plástica sin suficiente energia para someter sus productos á la unidad del organismo, y una superabundancia de materia orgánica que no ha sido convenientemente elaborada... Los insectos se forman de los líquidos segregados que estan en contacto con la superficie orgánica... Se alimentan de los humores que alteran por la irritacion que producen en los puntos ocupados por ellos... pudiendo, ora desembarazar el organismo de sustancias supérfluas y especialmente de las que son inútiles para su conservacion; ora despojarlo de la materia que necesita para conservar su integridad, y conducirlo de este modo al marasmo» (Burdach, *Traité de physiologie*, trad. por Jourdan; Paris, 1837, t. VIII, p. 390). Estas proposiciones no hacen mas que demostrar, que desconocemos todavia enteramente la causa próxima de la ftiriasis» (Monneret y Fleury, *Comp. de médecine pratique*, tomo V, página 269-271).

ORDEN OCTAVO.

Enfermedades del aparato genito-urinario.

Solo hablaremos aqui de los trastornos del apetito venéreo y de la secrecion del esperma, y de las enfermedades de los riñones, ovarios y útero; dejando para la Patologia esterna todas las de la vejiga urinaria y órganos esternos de la generacion.

GÉNERO PRIMERO.

LESIONES DEL APETITO Y ORGASMO VENÉREO.

ARTICULO PRIMERO.

De la ninfomania.

»La palabra *ninfomania* se deriva de νυμφη, jóven, y μανια, locura.

»SINONIMIA.—*Furor uterinus; uteromania, metromania, erotomania, histeromania, andromania, gynaïcomania, aidoiomania, melancholia uterina, nimphocluia, simptoma turpitudinis, entelipathia, tentigo venerea, salacitas vulvæ, uteri pruritus.*

»Se han descrito con el nombre de ninfomania estados muy diferentes entre sí. Unas veces se ha aplicado este nombre á una inclinacion muy desarrollada, pero fisiológica, á los placeres del amor, á un libertinage mas ó menos desenfrenado, producido y sostenido en ocasiones por un desarrollo muy considerable del clitoris, por la revolucion que se verifica en la pubertad, por una larga continencia, ó al contrario por el escesivo uso del coito. «Esta inclinacion, dice Georget (*Dict. de méd.*, t. XXI, p. 189), puede ser muy imperiosa, sin constituir por eso una enfermedad propiamente dicha; en cuyo caso entra en el dominio de las pasiones, y los medios de dirigir su accion de un modo conveniente deben sacarse de la higiene y de la moral.» Otras veces se han designado con el nombre de ninfomaniacas las mujeres ó las niñas que han contraido el hábito de la masturbacion y se han entregado á él con furor. Ora se ha hecho consistir el mal en una necesidad real ó facticia de coito, producida por un eczema de las partes genitales, por el histerismo, por la presencia de ascarides vermiculares, por la administracion de las cantáridas, por el contacto de ropas de lana, ó por una enfermedad del ovario (Clarus, véase *Ovaritis*); ora en fin se ha supuesto que era una verdadera monomania, una lesion de la inteligencia y de las sensaciones (*erotomania*).

»Ya hemos descrito la *monomania erótica* ó *erotomania* (V. el artículo LOCURA), y hemos dicho con Esquirol, que no debe aplicarse el nombre de *ninfomania* sino al deseo exagerado del coito, producido por una lesion física de los órganos sexuales. Bajo este punto de vista, la ninfomania no es mas que un síntoma que no merece estudiarse semeiológicamente; asi que nos contentaremos con reproducir el cuadro siguiente trazado por Louyer-Villermay (*Dict. des sc. méd.*, t. XXXV, p. 579).

»La mujer se entrega sin reserva á toda la impetuosidad de sus sentidos; solo se complace en las ideas mas lascivas, las conversaciones mas voluptuosas y las lecturas mas obscenas; á la vista de un hombre todo su ser se agita, su sensibilidad se exalta, su fisonomia se anima, centellean sus ojos, su pecho se agita y su respiracion se hace precipitada y tumultuosa: muchas veces tiene palpitaciones violentas; la circulacion se acelera y trastorna; las alteraciones van en aumento progresivo; cualquier hombre es objeto del ardor de la ninfomaniaca, le llama, le provoca, y si ve que vacila, emplea la destreza y la astucia para seducirle, y si sus ruegos y caricias son insuficientes, recurre á las amenazas y á la violencia; se entrega con furor á la masturbacion hasta en público; nada basta para saciar sus deseos, y puede fatigarse, aniquilarse, pero no satisfacerse.»

»Se han visto ninfomaniacas que se dirigian no solo á los hombres, sino á las mujeres mismas y aun á los animales. Manget habla de una mujer que *homines et canes ipsos ad congressum provocabat.*

»El CURSO, DURACION Y TERMINACIONES dependen enteramente de las causas de la ninfomania; la cual está á menudo asociada á la erotomania ó á la locura furiosa, y entonces es casi siempre incurable.

»El TRATAMIENTO debe dirigirse contra la causa. Asi es que se han curado algunas ninfomaniacas escindiéndoles el clítoris que estaba desmesuradamente desarrollado; haciendo desaparecer una erupcion de las partes sexuales ó las ascarides vermiculares, ó bien poniendo término á una continencia demasiado prolongada. Hánse citado ejemplos de curaciones producidas por el estado de preñez, por la aparicion de la menstruacion, y hasta por *exorcismos*! Louyer-Villermay enumera todavia formalmente este medio terapéutico. Sea como quiera, no se pueden admitir sin gran reserva las numerosas observaciones que se han dado á conocer como casos de ninfomania, muchas de ellas absurdas y falsas á todas luces.

»Considerando esta enfermedad en sí misma, debe oponérsele un tratamiento moral, los afrodisiacos, la aplicacion del frio interior y esteriormente, los baños, los narcóticos, el régimen vegetal ó lácteo, las emisiones sanguíneas, etc.» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VIII, p. 223).

ARTICULO SEGUNDO.

De la satiriasis.

»DEFINICION.—Los caractéres diferenciales que separan la satiriasis de la erotomania y del priapismo (V. estas enfermedades), se pueden resumir con el doctor Rony del siguiente modo: la ereccion sin deseos corresponde al priapismo; los deseos amorosos sin ereccion constituyen la erotomania; y la reunion de erecciones continuas, de deseos inmoderados de cohabitar y de delirio erótico, caracteriza la satiriasis (*Dict. des sc. méd.*, t. IV, p. 55).

» Por la misma razon que es muchas veces

difícil determinar con esactitud los límites en que concluye la razon y empieza la locura, lo es igualmente fijar el punto en que el temperamento erótico, libidinoso, deja de ser una disposicion fisiológica, para constituir un estado patológico y dar lugar á la enfermedad llamada satiriasis.

«Un apetito grande de placeres amorosos, con la facultad de satisfacerlos, dice Rony, no puede considerarse como una enfermedad, si no ataca la salud general ni desarregla su armonia.» Raige-Delorme reconoce tambien que la inclinacion irresistible á repetir frecuentemente el acto venéreo depende con frecuencia de una disposicion orgánica natural; que este estado no debe considerarse como morboso, y que puede llegar hasta la lubricidad mas repugnante sin merecer el nombre de satiriasis (*Dict. de méd.*, t. XXVIII, p. 137).

»Nosotros creemos que solo se debe admitir la existencia de la satiriasis cuando la lubricidad se manifiesta accidentalmente, arrastra al sugeto á actos venéreos renovados con mucha frecuencia, le hace apartarse notablemente de sus costumbres, de sus principios, y viene acompañada de delirio erótico, de alucinaciones y de otras alteraciones de la inervacion.

»No deben confundirse entre los que padecen satiriasis, los sugetos que entregados á la masturbacion, abusan escesivamente de sí mismos; pues los primeros no satisfacen sus deseos sin el concurso de la mujer; al paso que los segundos huyen ordinariamente del bello sexo, no esperimentan junto á él ningun deseo, y únicamente sienten el ardor venéreo cuando estan solos.

»Síntomas.—La enfermedad se desarrolla gradualmente ó se manifiesta de pronto; empieza por erecciones intensas que se reproducen sin cesar, y por un deseo lascivo inmoderado que crece, por decirlo asi, con el coito. La vista de una mujer pone frenético al enfermo, y si no puede poseerla se masturba, y muchas veces la viola sin reparar en su edad ni en sus cualidades físicas: hánse visto satiriacos que han abusado de niñas muy pequeñas ó de viejas repugnantes por su fealdad y desaseo. Los que padecen esta enfermedad no se contentan á veces con los placeres naturales, sino que se entregan á todos los escesos de un libertinage desenfrenado; sin embargo con mas frecuencia se cometen estos por hombres cuya imaginacion y sentidos estan por el contrario gastados, y que tratan de dispertarlos por medio de escitantes estraordinarios.

»Durante la noche persiguen al satiriaco ensueños voluptuosos que traen consigo poluciones frecuentes; por el dia busca pinturas y libros lascivos; tiene la cara encendida, los ojos vivos y ardientes y su pulso late con fuerza.

»Este estado es continuo ó se reproduce por accesos, y si se prolonga ó no puede el enfermo renovar el coito con la frecuencia que desea, no tardan en alterársele las facultades intelectuales; padece alucinaciones voluptuosas, y todos los sentidos le trasmiten las mas estrañas impresiones. «En esta singular neurosis, dice Rouy hablando de un satiriaco, llegaron á tal grado de sensibilidad todos los órganos de los sentidos, que le hicieron esperimentar los tormentos mas espantosos, y los mas dulces placeres. La luz afectaba á veces la retina con tal brillo y vivacidad, que no podia resistir su presencia; otras veia las imágenes mas risueñas y las perspectivas mas variadas. El mas ligero sonido, las menores vibraciones del aire, le causaban un dolor intolerable; al paso que otras veces se hallaba mejor dispuesto el oido, y le procuraba las sensaciones mas deliciosas. El gusto, el olfato, el tacto mismo, tuvieron tambien sus vicisitudes de placer y dolor» (loc. cit., p. 51). Muchas veces sobreviene un verdadero delirio maniático, continuo ó intermitente, tranquilo ó furioso. Las tentaciones de San Antonio ofrecen un ejemplo notable de todos los desórdenes nerviosos que pueden exaltar á un satiriaco.

»En los órganos de la respiracion, de la circulacion y de la digestion, se manifiestan á menudo diferentes neurosis.

»La satiriasis no es en general una enfermedad grave, á menos que llegue á determinar una enagenacion mental incurable; sin embargo, dicen haberse ocasionado la muerte por la frecuencia del coito, la violencia del delirio ó la gangrena del miembro.

»Causas.—La satiriasis es mucho menos frecuente que la ninfomania, lo que debe atribuirse con Louyer-Villermay á la vida activa del hombre y al privilegio que tiene de poder satisfacer sus necesidades venéreas; pues la continencia absoluta y prolongada es efectivamente la causa mas frecuente de la enfermedad. Cuéntanse despues de ella el abuso de los afrodisiacos, de las cantáridas, la vida del claustro, las lecturas eróticas, las contemplaciones lascivas, el esceso del coito ó mas rara vez de la masturbacion. Se han indicado tambien como causas de esta enfermedad las afecciones del cerebro, los golpes en la cabeza (*Arch. génér. de méd.*, t. XIX, p. 263) y las lombrices intestinales.

»Tratamiento.—La terapéutica debe variar segun la edad, la constitucion, los hábitos del sugeto y la causa de la enfermedad, etc. Si el enfermo es jóven, robusto, pletórico, si observa una continencia absoluta ó relativa, habrá que prescribirle el uso moderado del coito, distraer su imaginacion y fatigar su cuerpo con un ejercicio regular; se recurrirá al mismo tiempo á las emisiones sanguíneas generales y locales, á los baños tibios, á las aplicaciones emolientes, á los tópicos refrigerantes y al alcanfor. Si por el contrario se manifestase la enfermedad en un sugeto débil ó debilitado, si fuese producida por los escesos del coito ó de la masturbacion, se prescribirán una continencia absoluta continuada por mucho tiempo,

los tónicos, los fortificantes, los baños frios, etc. La castracion es un medio estremo á que no es permitido recurrir, aunque segun Accio, algunos satiriacos hayan tenido valor para hacérsela con sus propias manos: «Novimus quosdam audaciores, qui sibi ipsis testes ferro resecarunt» (MONNERET y FLEURY; *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 461).

ARTICULO TERCERO.

Del priapismo.

»DEFINICION.—El priapismo es una ereccion del pene, casi siempre dolorosa, exenta de ideas eróticas y deseos venéreos, rara vez seguida de eyaculacion. Esto basta por sí solo para diferenciarlo esactamente de la erotomania y de la satiriasis, pues en la primera no tienen parte alguna en el mal los órganos sexuales (Véase el artículo LOCURA), y en la segunda ó aidoiomania existen siempre deseos venéreos imperiosos, en cuya satisfaccion se encuentra placer.

»SÍNTOMAS.—El miembro se encuentra en una ereccion muy violenta, está rígido y muchas veces encorvado hácia atras, formando un arco de círculo; el enfermo siente un dolor mas ó menos intenso, que se propaga á todo el trayecto de la uretra, al periné, al cuello de la vejiga, al hipogastrio, y á veces hasta los hipocondrios. Cuando los dolores son muy vivos, inclinan los enfermos el cuerpo hácia delante y doblan los muslos sobre el abdomen; algunos encuentran alivio comprimiendo el pene con ambas manos. No es raro que se rompa la mucosa uretral por la distension que esperimenta, sobreviniendo asi una hematuria mas ó menos abundante. En un caso de esta especie observado por nosotros se formó en uno de los cuerpos cavernosos un tumor del volumen de una avellana pequeña, el que tardó bastante en desaparecer.

»Cuando el priapismo llega á su mas alto grado, la tension del pene se propaga al periné, á la vejiga y al recto, cuyas partes ofrecen una hinchazon considerable. Sobreviene una especie de movimiento febril, cefalalgia, sed, agitacion, ansiedad, algunas veces delirio, frecuentemente dolores lumbares é hipogástricos; es dificil la emision de la orina y en ciertos casos imposible» (*Dict. des sc. méd.*, art. PRIAPISMO, t. XLV, p. 118).

»La *ereccion* puede ser continua ó intermitente.

»El CURSO, DURACION Y TERMINACION del priapismo dependen enteramente de la naturaleza de la causa que produce la ereccion morbosa.

»CAUSAS.—El priapismo es un síntoma bastante frecuente de la blenorragia, de la inflamasion del cuello de la vejiga ó de la prostata, de la cistitis y de los cálculos vesicales: se le ha considerado como un signo importante de las afecciones cerebelosas y espinales. Es producido muchas veces por el uso interior de las cantáridas (*Dict. des sc. méd.*, loc. cit., pág. 117), por la aplicacion de grandes vejigatorios y la introduccion de una sonda, candelilla, etc.

»TRATAMIENTO.—El tratamiento mas eficaz es el que se dirige contra la enfermedad de que es síntoma el priapismo, aunque hay sin embargo algunos medios mas ó menos útiles para combatir la ereccion morbosa. Nos bastará indicar el régimen suave vegetal y lácteo, las bebidas acídulas ó refrigerantes (*limonadas*, *suero*, *agua de cebada*, *helados*), las lavativas alcanforadas, los baños frios y las lociones de igual clase» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de méd.*, etc., t. VII, p. 198).

GÉNERO SEGUNDO.

LESIONES DE LA SECRECION ESPERMÁTICA.

De la espermatorrea.

»SINONIMIA.—*Poluciones*, *pérdidas seminales involuntarias*, *gonorrea*, P. Frank; *blenorrea de la prostata*, Swediaur; *derrame seminal*, *flujo seminal*, *consuncion dorsal*, Hipócrates; *incontinencia de esperma*.

»DEFINICION Y DIVISION.—A falta de otro nombre mejor, llamamos espermatorrea á todo flujo de esperma involuntario, no provocado, que se verifica por lo comun sin ereccion ni placer, ya durante la noche (polucion nocturna), ya por el dia (polucion diurna), que acompaña á menudo á la emision de la orina ó á la evacuacion de las materias fecales, que se renueva con frecuencia, y produce alteraciones graves en las principales funciones de la economia.

»Esta definicion tiene sin duda el inconveniente de ser muy larga; pero no puede serlo menos sin confundir el *estado morboso* á que se ha dado el nombre de espermatorrea: 1.º con las poluciones nocturnas saludables provocadas por ensueños lascivos, que se manifiestan á veces en los hombres que conservan su castidad en la edad adulta, que se han abstenido por mucho tiempo de los placeres venéreos, etc.; 2.º con las eyaculaciones que sobrevienen á veces en ciertas afecciones nerviosas convulsivas, tales como la epilepsia y la hidrofobia, y en algunas lesiones del cerebelo; y 3.º con las eyaculaciones críticas de que refieren los autores algunos ejemplos mas ó menos auténticos. Adviértase sin embargo que las poluciones útiles al principio pueden llegar á ser escesivas, durar mas de lo necesario por una especie de hábito, y trasformarse en un estado morboso, en una verdadera espermatorrea (Lallemand).

»ALTERACIONES ANATÓMICAS.—La espermatorrea depende á veces de una inflamacion crónica de los órganos génito-urinarios, bastante grave para poder ocasionar la muerte; en cuyo caso, que por otra parte es bastante raro (nueve observaciones entre mas de ciento cincuenta, Lallemand), se han visto alteraciones muy nú-

merosas é importantes: ora estan llenos de pus concreto los folículos prostáticos, adherentes y reunidos en un cuerpo duro y amarillento, semejante á un tubérculo escrofuloso, hallándose todavia el tejido celular perfectamente sano; ora se encuentra toda la prostata infiltrada de pus ó de materia pultácea, que sale por la presion bajo la forma de granos. En una época mas adelantada, comprimiendo ligeramente el órgano, se hace salir pus por todos sus conductos escretorios, encontrándose en él mas ó menos abscesitos (de uno á treinta), del volumen de una lenteja ó de un guisante.

»En un caso se hallaba la prostata destruida en parte, y contenia en su cubierta fibrosa una materia purulenta, que se vaciaba en el conducto por una multitud de agugeros de la membrana mucosa uretral: estos agugeros eran los orificios de los folículos mucosos, cuyas paredes se habian destruido por la supuracion.

«Cuando la inflamacion del tejido celular de la prostata es menos intensa, se deposita en ella en vez de pus una materia albuminosa, que se infiltra y produce un infarto indolente, el cual, á no resolverse pronto y por completo, se convierte en induracion de la prostata» (Lallemand, *Des pertes seminales involontaires*, t. I, p. 69-72; Paris, 1836).

»El orificio de los conductos eyaculadores está desfigurado, rasgado, y en vez de ser circular forma una hendidura prolongada. «Facil es concebir, dice Laennec (loc. cit., pág. 76), que la dilatacion ó la erosion de la especie de esfinter en que terminan los conductos eyaculadores puede por sí sola influir mucho en la produccion de las poluciones diurnas, y no me sorprenderia que en ocasiones no se hallase ninguna otra alteracion que pudiera esplicarlas.»

»Los conductos eyaculadores participan ordinariamente de la lesion de sus orificios; estan dilatados, pero pueden tambien encontrarse aislados y como disecados por la supuracion de la prostata, ó bien engrosados, endurecidos, cartilaginosos y sembrados de granulaciones óseas. «Estas alteraciones, mucho mas graves que las de los orificios, deben favorecer en alto grado la emision involuntaria de la materia seminal; porque habiendo perdido los conductos su accion propia, y aun la posibilidad de contraerse, no pueden llevar el esperma á las vesículas seminales, ó á lo menos son incapaces de retenerle á poco que se contraigan estos depósitos ó que sufran alguna compresion» (Lallemand, loc. cit.).

»Algunas veces estan afectadas las vesículas seminales; sus paredes se hallan ingurgitadas, arrugadas, engrosadas, como cartilaginosas y aun óseas, y pueden estar llenas de pus, el cual se opone á la introduccion del esperma en sus depositos, siendo por lo mismo una causa inmediata de espermatorrea.

»En los conductos deferentes y en los testiculos pueden presentarse lesiones análogas á las que acabamos de describir; la mucosa de la vejiga, de los uréteres y de la pelvis, se ha encontrado inyectada, engrosada y sembrada de equimosis ó de úlceras; hasta los riñones se han visto hinchados, rojos, conteniendo abscesos enquistados ó no enquistados, mas ó menos numerosos y mezclados con tubérculos crudos ó supurados (Lallemand, loc. cit, p. 77—83). La relacion de causalidad entre estas últimas lesiones y la espermatorrea es mas difícil de conocer y está menos sólidamente establecida.

»Síntomas.—A ejemplo de Lallemand distinguiremos *síntomas locales*, variables segun el modo como se verifican las pérdidas seminales, y *síntomas generales*, siempre iguales, cualquiera que sea el modo como fluya el esperma.

»*Síntomas locales.*—1.° *Poluciones nocturnas.*—Las poluciones nocturnas *morbosas* se verifican sin ensueño, sin ereccion, sin placer, y aun sin ninguna sensacion particular, de suerte que los enfermos no las echan de ver sino por las manchas que dejan en las sábanas. El esperma, que ha perdido su consistencia, su color, su olor, y se parece al moco y al fluido prostático, fluye súbitamente y en gran cantidad. No tienen los enfermos todas las noches una de estas evacuaciones; pero de un momento á otro se encuentran inundados, de lo que fácilmente se aseguran, porque su sueño es ligero y continuamente interrumpido. «En cuanto á la falta completa de ereccion durante estas emisiones, dice Lallemand (obra cit., tomo II, p. 330), es indudable cuando se encuentra la materia espermática en los pelos que rodean la base del miembro, en las íngles y aun en los muslos. Cuando se seca despues de haber corrido por la piel, forma una película delgada y brillante, muy parecida á los rastros albuminosos que dejan tras de sí los caracoles en los jardines. Ordinariamente se encuentra tambien por fuera del prepucio una notable cantidad de esta materia, y á veces está enteramente llena de la misma su cavidad interior, circunstancia que bastaria para demostrar la flacidez del miembro durante estas emisiones y la poca energia de las vesiculas seminales.»

»En las poluciones nocturnas, como en general en todas las pérdidas seminales involuntarias, solo esperimenta el esperma la alteracion que hemos indicado. «No he visto mas que un enfermo, dice Lallemand, que haya tenido poluciones sanguinolentas, y eso por algunos dias solamente.» Tambien es muy raro que sea purulento ó sanioso, á lo menos por mucho tiempo; y al contrario vemos á menudo espermatorreas ordinarias despues de emisiones sanguinolentas ó saniosas.

»Hemos dicho que las poluciones nocturnas *morbosas* no vienen acompañadas de ensueños lascivos; pero esta proposicion no es absoluta. Cuando la espermatorrea nocturna sucede á poluciones no morbosas, el tránsito del estado sano al de enfermedad presenta matices, que

conviene conocer bien, y que Lallemand ha descrito con mucho cuidado.

»Cuando las vesículas seminales adquieren el hábito de contraerse bajo la influencia de una escitacion menos enérgica, y aun enteramente anormal, entonces la plenitud de la vejiga ó del recto, una cama demasiado caliente, ó muy blanda, el decúbito dorsal, las bebidas calientes escitantes, etc., provocan emisiones cada vez mas fáciles. En tales circunstancias, la íntima y recíproca conexion de las vesículas con el cerebro, determina los ensueños lascivos mas desordenados á la menor escitacion directa ó indirecta de los órganos genitales, y poluciones inevitables por la reproduccion de todos los pensamientos que se refieren á la generacion. No solo se representan durante el sueño, reaccinando sobre los órganos espermáticos, los recuerdos de imágenes voluptuosas, de novelas eróticas, y de escenas amorosas, sino hasta la impresion producida por la vista de las caricias de los animales, y sobre todo de su cópula, aunque durante la vigilia solo provoquen estos cuadros disgusto y aversion. «He visto, dice Lallemand, enfermos á quienes la cópula de dos moscas, representada en sueños, bastaba para producirles una polucion nocturna, y otros á quienes ocurria el mismo accidente por el recuerdo de una lámina de anatomía ó de una simple descripcion de las partes genitales de la mujer.»

»Los ensueños vienen acompañados de incidentes desagradadables y de imágenes repugnantes; mas adelante perturban esclusivamente el sueño escenas espantosas, horribles, verdaderas pesadillas, que parecen depender de digestiones laboriosas ó de obstáculos en la respiracion, y en medio de la agitacion producida por estas escenas violentas se verifican las poluciones, sin que intervenga ninguna idea lasciva, ni la menor sensacion voluptuosa. (Lallemand, loc. cit., p. 337-338).

»*Poluciones diurnas.*—Wichmann hace consistir el caracter distintivo de la polucion diurna en la falta completa de ereccion y de deseo venéreo (*De Pollutione diurna*, en 12.º, página 7; Gœtinga, 1782); pero esta opinion es demasiado absoluta. Al principio se manifiesta una ereccion muy completa á consecuencia de un pensamiento lascivo ó de un cuadro erótico, y si se le agrega el mas ligero frote, la sigue una eyaculacion débil, en la cual sale el esperma de la uretra como babeando; se necesita que la enfermedad haya durado bastante tiempo y adquirido cierta intension, para que fluya este líquido espontáneamente sin deseo ni ereccion, y mas bien por un flujo pasivo que por eyaculacion. «La polucion diurna, dice Serrurier, se verifica, por decirlo asi, sin saberlo los enfermos» (*Dict. des sc. méd.*, art. *Pollution*, tomo XLIV, p. 94). En este último caso las poluciones son provocadas por la equitacion, el movimiento de un columpio, la suspension del cuerpo sobre los brazos, el simple roce de la camisa, una impaciencia viva, el terror; etc. «He visto enfermos, dice Lallemand (loc. cit., p. 365), que tenian poluciones diurnas durante la mas perfecta quietud, sin ninguna provocacion física ni moral: estando, por ejemplo, sentados en su escritorio, ocupados de los asuntos mas sérios, advertian de pronto una sensacion penosa, á veces un impulso súbito en lo interior del periné y despues contracciones espasmódicas repentinas y repetidas, que ordinariamente venian á parar en una evacuacion inevitable.»

»*Flujo del esperma durante la defecacion.*—Segun Serrurier (loc. cit., p. 93) y Lallemand (loc. cit., p. 340 y sig.), las pérdidas seminales durante la defecacion nunca son útiles ó críticas, como ciertas poluciones nocturnas; pero pueden no constituir un estado morboso y ser todavia compatibles con la salud, mientras sean raras y puramente accidentales. En los sugetos robustos y continentes los movimientos prolongados de un carruaje, el ejercicio á caballo y los esfuerzos violentos para defecar determinan una emision de esperma, por decirlo asi mecánica, que deja de verificarse tan pronto como cesa la accion de la causa; pero si esta continúa, si los órganos genitales llegan á contraer el hábito de espeler el esperma al esterior, ó sobreviene alguna lesion de estos órganos, las poluciones diurnas, que al principio carecian de importancia, vienen á trasformarse en una enfermedad grave y rebelde.

»Ora fluye el semen durante los esfuerzos que se hacen para defecar y solo cuando el enfermo está estreñido; ora producen simpáticamente todas las causas de irritacion que obran en el recto, contracciones espasmódicas en las vesículas seminales, que provocan poluciones, tanto si hay diarrea, como si existe estreñimiento. El esperma fluye sin deseos, sin ereccion y como babeando.

»Ciertos enfermos no arrojan esperma durante los esfuerzos para defecar, y sí solamente cuando ya han concluido de hacerlo y aun mientras se estan abotonando. Entonces sienten un sacudimiento convulsivo y repentino entre el periné y el cuello de la vejiga, algunas veces con un estado de turgencia del miembro y cierta sensacion de placer; espeliéndose repentinamente el esperma por medio de dos ó tres contracciones espasmódicas, que en ocasiones hasta pueden lanzarle á cierta distancia» (Lallemand, loc. cit., p. 345).

»Al principio, cuando todavia no ha perdido el esperma sus cualidades, viene la polucion acompañada, si no de una sensacion voluptuosa, á lo menos de una impresion muy diferente de la que se percibe al pasar la orina; pero á medida que progresa la enfermedad, se vuelve el esperma mas acuoso, se espele con menos fuerza, y es cada vez menos abundante.

»No todas las cámaras vienen acompañadas de pérdida seminal: semejante uniformidad, dice Lallemand, no se observa ni aun en los

sugetos mas enfermos, y es sumamente variable el curso de esta afeccion.

»*Flujo de esperma durante la emision de la orina.* — «Las pérdidas seminales provocadas por esta causa, dice Lallemand (loc. cit., página 348), son las mas graves de todas y las mas refractarias, porque son las mas repetidas y fáciles, como tambien las mas oscuras á causa de la alteracion que esperimenta el esperma y de su mezcla con la orina.»

»Nunca sale el esperma sino con las últimas gotas de la orina, cuando acaba de desocuparse la vejiga por medio de algunas contracciones enérgicas; y aun á veces fluye enteramente solo, despues que la vejiga está completamente vacia. En ciertos casos es lanzado el esperma á alguna distancia por contracciones convulsivas y en un estado de semi-ereccion, luego que está del todo desocupado el receptáculo urinario. Sin embargo, por lo comun no hay intervalo entre estos dos órdenes de fenómenos, que se enlazan de manera que no se los puede separar. El hecho importante, el que Lallemand considera como constante y característico, es que el esperma no se espele nunca sino durante las últimas contracciones de la vejiga, mientras que siempre que este órgano contiene moco, pus, sangre, etc., salen estos materiales los primeros cuando orina el enfermo.

»Si la emision se verifica en un baño, es muy facil al principio distinguir el esperma que se mezcla con los últimos chorros de orina, porque conserva todavia mucha opacidad y contiene multitud de copos y de granulaciones, que se esparcen moviéndose en todas direcciones. Mas adelante la presencia del esperma se deduce del aumento de densidad que de repente adquiere la orina. «Adviértese como una especie de cinta semejante á un jarabe muy espeso, que se alarga al salir del conducto y aun proyecta su sombra al muslo, cuando está iluminado por una luz algo viva.» Es muy raro que el esperma esté tan alterado que no contenga partículas blanquecinas y granulaciones distintas, y aun entonces puede distinguirse en los últimos chorros de orina por el aspecto viscoso que les comunica.

»En los casos de blenorrea ó de catarro crónico de la vejiga, complicados con poluciones diurnas, la primera parte de la orina está turbia, la que se echa despues es mas ó menos trasparente, y los últimos chorros se enturbian de nuevo, aunque adquiriendo otro aspecto.

»De todos los hechos observados resulta, que las señales del líquido seminal deben buscarse en las últimas gotas de orina espelidas por la vejiga, las cuales son gruesas, glutinosas, viscosas, se detienen á veces en el orificio de la uretra á manera de grumos cuajados, de una consistencia que puede igualar á la del almidon, y dejan en la ropa blanca señales semejantes al engrudo hecho con esta sustancia.

»Los enfermos advierten al principio el paso del esperma, consistente todavia, por el roce particular que proviene de la densidad no acostumbrada de la orina, y distinguen tambien las contracciones espasmódicas de las vesículas seminales. Cuando han orinado, se ven dar vueltas en el fondo del vaso unas granulacioncitas de volumen variable, semi-trasparentes, irregularmente esféricas, y bastante semejantes a los granos de la sémola. «No pueden confundirse las granulaciones con ninguna sal urinaria, porque se manifiestan antes del enfriamiento, y porque son blandas y no se adhieren nunca á las paredes del vaso.» En esta época de la enfermedad se verifican casi siempre las poluciones despues de alguna escitacion venérea.

»Ciertos enfermos esperimentan fenómenos particulares: su miembro se achica y se retira hácia los pubis, á consecuencia de un dolor que se estiende desde el cuello de la vejiga hasta el glande. En otras ocasiones hay alguna sensacion que anuncia la proximidad de una polucion inevitable; ora una pulsacion, un dolor en el periné ó en la margen del ano, ora un escalosfrio, una desazon general, un latido en las tetillas, etc.

»Cuando está mas adelantada la enfermedad, apenas conocen los enfermos el paso del esperma, y las orinas no contienen ya granulaciones; pero presentan una sombra espesa, homogénea, blanquecina y sembrada de puntitos brillantes, que ocupa las capas inferiores, y que se parece á un cocimiento de cebada ó de arroz un poco concentrado.

»Las orinas que se arrojan por la mañana son ordinariamente las mas cargadas, principalmente cuando la noche ha sido mala; otras veces lo son las que suceden á las escitaciones físicas ó morales de los órganos genitales, á un enfriamiento repentino, á una digestion trabajosa ó á una emocion violenta de cualquier naturaleza» (Lallemand, loc. cit, p. 348-358).

»En todos los casos de poluciones nocturnas ó diurnas se espele esperma súbitamente en cantidad notable cada vez, y por intervalos mas ó menos distantes.

»Lallemand ha estudiado con atencion las modificaciones que esperimenta el humor seminal respecto á los zoospermos, y ha deducido las conclusiones siguientes:

»Al principio, cuando las evacuaciones son todavia raras y conserva el esperma sus caractéres distintivos, nada ofrecen de particular los animalillos respecto de su número, dimensiones, etc.; pero cuando la enfermedad ha adquirido bastante gravedad para influir en el resto de la economía, se vuelve el esperma mas líquido, y los animalillos estan menos desarrollados y son menos vivaces; sin embargo, su número no disminuye sensiblemente, antes algunas veces parece mayor. Cuando empiezan á disminuir las erecciones, todavia es mas acuoso el esperma, las dimensiones de los animalillos se reducen á veces á la cuarta ó á la tercera parte de su estado normal, y no es facil distin-

guir su cola sino con un anteojo que aumente trescientas veces en tamaño. Mas adelante aun vienen los animalillos á ser raros, y por último en dos individuos que habian llegado al último grado de consuncion dorsal, no contenia el esperma animalilo alguno; no obstante, conservaba su olor característico.

»Todos estos fenómenos se verifican siempre del mismo modo, cualquiera que sea la manera de efectuarse las pérdidas seminales (loc. cit., p. 407 y sig.).

»Cuando la enfermedad ha llegado á cierto grado, estan los órganos genitales flácidos, blandos, carecen enteramente de energia, y los enfermos padecen una impotencia, que debe considerarse como uno de los síntomas locales mas ciertos de las poluciones diurnas.

»En todos los casos de poluciones nocturnas ó diurnas observados por Lallemand, el primer síntoma que indicó la invasion de la enfermedad, fue siempre una disminucion notable en la energia y duracion de las erecciones, mientras que la eyaculacion se iba haciendo por el contrario mas facil. La introduccion del pene es todavia posible; pero la emision se verifica inmediatamente al menor contacto antes de completarse la rigidez de los cuerpos cavernosos. Mas adelante no tienen los enfermos ereccion alguna completa, ó la tienen solo accidentalmente, como por ejemplo en el acto de despertarse, cuando estan distendidos el recto y la vejiga.

«En resumen, dice Lallemand, siempre que un enfermo se queje de una disminucion notable y permanente en la energia de sus funciones genitales sin causa aparente, podemos estar seguros de que padece poluciones diurnas» (loc. cit., p. 379—384).

»La impotencia es una causa absoluta de infecundidad; pero esta última puede existir aun cuando todavia sea posible el coito. Tal sucede en los casos en que la eyaculacion es demasiado débil ó precipitada, ó en que el esperma ha sufrido las profundas alteraciones que hemos esplicado; sin embargo, deben hacerse respecto de este punto algunas escepciones.

»Cuando los zoospermos solo estan menos desarrollados ó son menos opacos, menos vivaces, basta que se suspendan algunos dias las pérdidas seminales por una causa accidental ó por las oscilaciones de esta estraña enfermedad, para que en esta intermitencia sea posible la fecundacion; pero cuando los zoospermos son enteramente irregulares, rudimentarios, estan mas ó menos privados de cola, etc., es permanente la infecundidad (Lallemand, ob. cit., tomo III, p. 1-8).

»*Síntomas generales.—Circulacion.*—Contra el parecer de algunos autores, asienta Lallemand que la espermatorrea, mientras no se complica, no viene acompañada de fiebre. «Esta, cualesquiera que sean sus caractéres, no puede considerarse como un síntoma de la espermatorrea, porque las pérdidas seminales mas graves jamás producen por sí mismas reaccion febril. Es claro que los que padecen una especie cualquiera de tabes, no pueden estar exentos de calentura, y aun la tienen mas á menudo que otros, porque su constitucion resiste menos á las influencias esternas; pero cuando les sobrevienen movimientos febriles, podemos estar seguros de que han contraido alguna enfermedad accidental (obra citada, tomo III, página 11).

»Obsérvanse constantemente alteraciones funcionales del corazon, que tienen tanto mas gravedad, cuanto mas antigua y mas grave es la espermatorrea: los latidos de esta víscera son precipitados, irregulares y desordenados; y á veces se oye un ligero ruido de fuelle. Por lo demas estos desórdenes son intermitentes, se diferencian mucho segun los individuos, y en ocasiones faltan del todo.

»De las observaciones de Lallemand resulta claramente, que estas alteraciones funcionales no dependen de una lesion orgánica del corazon ó de los vasos grandes, sino que son palpitaciones nerviosas, semejantes á las que producen todas las causas debilitantes (loc. cit., p. 43-57).

»La caloricidad ofrece modificaciones muy marcadas, que deben referirse á la influencia combinada de las alteraciones de la circulacion, de la respiracion, de la inervacion y de la nutricion.

»Los atacados de tabes son muy sensibles al frio; tienen cada vez mas necesidad de cubrirse, de preservarse de las corrientes del aire, de multiplicar toda especie de precauciones; pero cuando estan abrigados, no pueden entregarse á un ejercicio algun tanto enérgico sin cubrirse muy luego de sudor, porque su misma debilidad los dispone á traspiraciones abundantes por la menor causa. Por otra parte, un calor demasiado fuerte durante la noche los espone á poluciones; de modo que estan continuamente ocupados en conciliar estas dificultades, y la importancia que dan á las circunstancias mas mínimas, les parece exagerada y ridícula á las personas que los rodean, porque ignoran hasta qué punto llegan su debilidad é impresionabilidad (Lallemand, loc. cit., p. 29).

»Los que padecen espermatorrea estan muy sujetos á congestiones cerebrales, ordinariamente leves y fugaces, pero que á veces son muy alarmantes.

»Al principio solo se caracteriza la congestion por una rubicundez de la cara, mas ó menos intensa, provocada por un estreñimiento tenaz, una mala digestion, una emocion moral, etc.; pero mas adelante sobrevienen zumbido de oidos, desvanecimientos y alteraciones en las ideas. Algunos enfermos pierden enteramente el conocimiento, y caen en un estado de resolucion general.

»Esta especie de ataques se hacen cada vez mas frecuentes á medida que se aumenta la debilidad de los enfermos; son de corta dura-

cion y ofrecen poco peligro (Lallemand, loc. cit., p. 98-107).

»*Respiracion.*—La respiracion presenta fenómenos, que Lallemand refiere con razon á las alteraciones de la hematosis y á la debilidad del sistema muscular. Las inspiraciones son mas cortas y mas raras, los enfermos advierten una desazon, una opresion habitual y se ven obligados á hacer de tanto en tanto inspiraciones profundas, para restablecer el alterado equilibrio de la respiracion y de la circulacion. La accion de correr y de subir, y aun el menor ejercicio, producen una disnea estremada.

«Los que padecen tabes, dice Lallemand, tienen ademas ciertos síntomas, en los cuales conviene mucho que fijen su atencion los prácticos: ora consisten en una disposicion estraordinaria á contraer catarros pulmonales, corizas, ronqueras, y aun estincion de la voz; ora en una toseсilla habitual seca; ora en un dolor vago ó fijo en el esterior del pecho. Por último, en algunos casos mas raros se desarrolla repentina y momentáneamente un dolor en el corazon ó en el diafragma, que produce una angustia estraordinaria.»

»La voz está apagada, presenta un caracter particular de vacilacion y de timidez, y á la menor emocion tartamudean los enfermos.

»Algunos tabíficos tienen la voz aguda, afeminada, como de falsete, y esto sucede en aquellos en quienes se ha manifestado la espermatorrea sin causa conocida, ó á consecuencia de causas muy leves. «Esta coincidencia, que he comprobado detenidamente, dice Lallemand, no carece de importancia en la práctica.»

»La tisis pulmonal y la espermatorrea existen alguna vez reunidas; pero Lallemand lo atribuye á una simple coincidencia. «Los órganos genitales, dice este observador, no tienen influencia directa sobre los pulmones, en los cuales no influye mas la espermatorrea que cualquiera otra causa debilitante.»

»*Digestion y nutricion.*—Ya habia dicho Hipócrates que los tabíficos no tienen fiebre, pero aunque comen bien se desmejoran. «Esto, dice Lallemand, bastaria para demostrar la superioridad con que el padre de la medicina sabia elegir y hacer resaltar los rasgos mas característicos de las enfermedades. Efectivamente, el deterioro de cualquier individuo que no tiene fiebre y que come bien, debe hacer sospechar escesos venéreos, malos hábitos ó poluciones graves.»

»Desde el principio, y durante todo el tiempo de la enfermedad, comen los tabíficos como de costumbre ó mas todavía, aunque no sientan una verdadera hambre, sino mas bien una comezon, un calor epigástrico, una desazon, una angustia, que llega casi á convertirse en desfallecimiento.

»Muy luego se hacen laboriosas las digestiones, y los enfermos apetecen los manjares condimentados y estimulantes, el café y las bebidas alcohólicas, cuyos agentes solo sirven para irritar el estómago, por manera que las digestiones no solo son difíciles, sino tambien dolorosas. «Resulta ademas, dice Lallemand, un aumento constante y notable de pérdidas seminales, tanto por el efecto que producen estos escitantes en la economía, como por la influencia especial del estómago sobre los órganos genitales.»

»Despues de las comidas sobrevienen peso epigástrico, desazon y una inquietud que obliga á los enfermos á moverse; se acelera el pulso y la cara se inyecta; obsérvase alteracion en las ideas, desvanecimientos, zumbido de oidos, vértigos y síntomas de congestion, que pueden llegar hasta el punto de hacer temer una hemorragia cerebral. Sigue á estos síntomas una especie de entorpecimiento, una tendencia á la inaccion y al sopor.

»En época mas adelantada tienen los enfermos eructos ácidos, nidorosos y una especie de pirosis. No tarda en alterarse la digestion intestinal; se desarrollan gases en toda la estension del conducto digestivo, que distienden el epigastrio y ambos hipocóndrios, empujan el diafragma y dificultan la respiracion. «De aqui, dice Lallemand, la necesidad imperiosa que tienen de librarse de ellos lo mas pronto posible, y su repugnancia á cualquier especie de reunion que les prive de estar con absoluta libertad.»

»Independientemente de estas incomodidades, padecen á veces los tabíficos accidentes mas graves, que Lallemand describe del modo siguiente: «Despues de un gran movimiento de gases en el abdomen, sobreviene una especie de calambre en el cardias, el píloro, la válvula ileo-cecal ó en cualquiera otra porcion de los intestinos; la distension se aumenta rápidamente y con ella el dolor local y la dificultad de respirar; los latidos del corazon se precipitan y desordenan; los enfermos se aflojan la ropa, se encorvan en todos sentidos y no pueden sufrir la mas ligera compresion del abdómen, cubiéndoseles la cara, el pecho y muy pronto todo el cuerpo, de un sudor abundante. En medio de esta ansiedad, espantosa en ocasiones, viene un descanso repentino á dar trégua á tanto tormento; los gases se desalojan, cesa el espasmo, se disipa el dolor y termina el ataque por la espulsion de las ventosidades. Cuando este violento estado dura solo una ó dos horas, no deja señales muy duraderas; pero si se prolonga, va seguido por muchos dias de aniquilamiento profundo y general, de color amarillento de la piel, de mayor desarreglo del estómago, y principalmente de un aumento muy notable de las poluciones diurnas.

»Algunos enfermos sienten á veces contracciones espasmódicas del esófago, que se oponen de pronto á la deglucion, principalmente á la de los líquidos muy frios ó muy calientes.

»Al cabo de algun tiempo, cansados los en-

fermos de estos padecimientos, modifican ordinariamente su régimen, reduciéndose á los vegetales, á la leche y al agua.

»Sobrevienen á menudo cólicos, cámaras líquidas é infectas, y á cada desarreglo del régimen sucede una diarrea momentánea, que suele pasar al estado crónico. Este caso es sin embargo muy raro, pues casi siempre las pérdidas seminales antiguas vienen acompañadas de un estreñimiento tenaz, que á su vez se convierte en causa de poluciones (V. Causas).

»Todos estos accidentes varian en cada individuo, y aun de un dia á otro.

»Estos desórdenes digestivos dificultan muchas veces la digestion de una manera grave; enflaquecen los enfermos, y todos los órganos pierden su energia y actividad. Pero no todos los tabíficos, dice Lallemand, estan flacos y macilentos; muchos conservan su gordura, su color, y todas la apariencias de salud, aunque esten impotentes, débiles y atormentados por una multitud de incomodidades. «Es preciso que se persuadan los prácticos, añade el autor, de que pueden existir pérdidas seminales muy graves, capaces de producir la impotencia mas completa, conservándose la gordura ordinaria, el buen color de las megillas y todas las apariencias esteriores de la salud» (loc. cit., páginas 12-28).

»La alteracion de la nutricion determina frecuentemente en los tabíficos una alopecia prematura, principalmente en la parte anterior de la cabeza. Los cabellos que restan son duros y quebradizos, se dividen en su estremidad libre y pierden su brillo.

»*Inervacion.—Miotilidad.*—Los tabíficos son endebles, incapaces de soportar un ejercicio violento ó prolongado, aun cuando hayan conservado su gordura y músculos voluminosos. «La debilidad precede siempre al enflaquecimiento, y es mas marcada, mas constante y desaparece mas pronto, bastando que pasen algunos dias seguidos sin pérdidas seminales, para que sienta el sugeto un aumento rápido de fuerza y de actividad; pero una sola polucion que sobrevenga le deja tan débil como antes.

»A la debilidad de los músculos se agrega á veces la rigidez y una contraccion involuntaria, notables sobre todo en las estremidades inferiores, que se doblan y estan aproximadas entre sí; los enfermos se caen frecuentemente en cuanto ponen el pie encima de un cuerpo movible, en un piso desigual, ó tropiezan con el menor obstáculo. A veces se hallan tambien afectados los miembros superiores: los brazos estan pegados al tronco, los antebrazos doblados y cruzados sobre el pecho y los dedos rígidos.

»Obsérvase á menudo que los movimientos son mas irregulares que débiles, presentando los enfermos un temblor análogo al de los doradores, de los ébrios ó de los que padecen el córea.

»*Sensibilidad.*—La sensibilidad tactil está á veces embotada, pareciéndoles á los enfermos que hay interpuesta una gasa entre los pulpejos de los dedos y la superficie de los objetos. En otras ocasiones hay una verdadera anestesia mas ó menos completa y estendida, á veces limitada á las manos, á un lado del pecho ó del abdomen ó á un punto mas circunscrito.

»Se observan con frecuencia aberraciones de la sensibilidad, tales como una sensacion de calor local, de abrasamiento, de corrientes como de aire, agua ó fluido eléctrico; una sensacion de frio, de compresion, de contusion ó de entorpecimiento; cuyas sensaciones son muy variables y efímeras.

»Solo una vez de veinte ha encontrado Lallemand la sensacion de que habla Hipócrates, parecida á la que producirian muchas hormigas que bajasen desde la cabeza á lo largo de la columna vertebral. Siéntense á menudo por la mañana dolores neurálgicos en el trayecto de algunos nervios, y principalmente en los lomos.

»*Organos de los sentidos.*—La boca está á menudo pastosa y amarga, y los alimentos parecen insípidos; los fumadores mas apasionados, no solo sienten disgusto, sequedad en la boca y en la garganta cuando fuman, sino que se marean como la primera vez que fumaron; les acometen los mismos vértigos y esperimentan igual intoxicacion que entonces, y muchos tabíficos llegan á aborrecer el uso del tabaco. «Este fenómeno, dice Lallemand, me parece depender de la debilidad del sistema nervioso.»

»El olfato se hace mas obtuso y aun se pierde casi completamente.

»El oido pierde ordinariamente su finura, y su debilidad llega á veces á aproximarse á la sordera. En otras ocasiones, por el contrario, adquiere una susceptibilidad estraordinaria, y el menor ruido importuna é irrita á los enfermos. La mayor parte de los tabíficos se sienten atormentados por ruidos estraordinarios, tales como un silbido contínuo, un zumbido sordo, ó un ruido de cascada, de tambor, de molino, etc. «Algunos de estos ruidos dependen seguramente de los latidos del corazon, y se aumentan durante las palpitaciones» (Lallemand, loc. cit., pág. 74).

»Desde el principio de la enfermedad pierden los ojos su viveza y brillantez, estan empañados, sin espresion, y la pupila mas ó menos dilatada. «La influencia de los órganos genitales en la brillantez de los ojos es tan directa y tan pronta, que bastan algunas poluciones con cortos intervalos para empañar aquella especie de trasparencia brillante que les da tanta vivacidad, asi como bastan algunos dias de descanso para que vuelva á aparecer de nuevo.

»La mirada es tímida, vergonzosa é insegura, sobre todo en los que se masturban, y la conjuntiva se inyecta á veces por la menor causa.

»Algunos tabíficos tienen contracciones instantáneas, involuntarias, de los músculos del ojo.

Ora consisten estas convulsiones en un temblor espasmódico del párpado superior, que guarda proporcion con las oscilaciones que esperimentan las pérdidas seminales; ora en una especie de espasmo instantáneo, que se apodera de los músculos superciliares y orbiculares, y trae consigo la oclusion de los párpados; ora por fin se observa un estrabismo variable en sus caractéres y en su duracion.

»La vista se cansa y se oscurece, primero por intervalos y despues de una manera continua; los enfermos no pueden fijarse en los objetos pequeños sin esperimentar cefalalgia ó vértigos; cuando se ponen á leer, ven trastornadas las letras, vacilantes y confundidos los renglones, y les sobreviene diplopia. «Algunos tabíficos creen ver manchas, hilos y puntos movibles; á veces les sucede de pronto no ver mas que una parte de los objetos, y todo lo que está á la derecha ó á la izquierda, encima ó debajo, en el centro ó en la circunferencia, desaparece completamente por algunos minutos, media ó una hora.»

»A medida que disminuye la sensibilidad de la retina, se dilata la pupila, y sobreviene á menudo una amaurosis completa, que ordinariamente desaparece cuando cesan las poluciones.

«La debilidad de la vista, dice Lallemand, es uno de los efectos mas constantes de las pérdidas seminales, y sigue de cerca á los cambios que sobrevienen en la brillantez del ojo y en la fijeza de las miradas: es uno de los caractéres que pueden hacer sospechar la enfermedad con mas seguridad.»

»Algunos tabíficos presentan fenómenos enteramente opuestos á los que acabamos de indicar: no pueden soportar una luz algo viva; á pesar del uso de anteojos de color, de tafetanes ó viseras, se ven obligados á huir de la claridad del dia, encerrándose en la mas completa oscuridad, y siéndoles igualmente insoportable la luz artificial.

»Esta fotofobia no depende, segun Lallemand, de la escesiva sensibilidad de la retina, sino de la dilatacion de la pupila, que da paso á un esceso de luz. «Hay á un mismo tiempo debilidad real de la vista, puesto que es menor la sensibilidad de la retina, y fotofobia, porque la pupila deja penetrar hasta la membrana nerviosa muchos mas rayos que los que puede soportar.»

»El *sueño* es alterado, interrumpido, casi nulo durante la noche; mientras que por el dia estan los tabíficos sumergidos en un estado de entorpecimiento y de soñolencia. De noche tienen cólicos, palpitaciones, disneas, ensueños y pesadillas, y se levantan mucho mas cansados que cuando se acostaron.

»En un período mas adelantado de la enfermedad concluye el sueño por desaparecer completamente ó poco menos, y entonces pasan muy á menudo los enfermos toda la noche agitados, sin poder encontrar una posicion que les cuadre: ora se pasean precipitadamente ó dan vueltas en la cama como furiosos ó enagenados; ora caen en el taciturno abatimiento de la desesperacion. Les acometen violentas tentaciones de suicidarse. Otros renuncian enteramente a acostarse, y se amodorran en cualquier parte cuando los abruma el cansancio; otros por fin andan dando vueltas toda la noche, sin objeto determinado (Lallemand, loc. cit., p. 75-93).

»*Cefalalgia*.—Los que padecen espermatorrea tienen ordinariamente pesadez de cabeza, una sensacion de plenitud ó de vacuidad, dolores sordos, contusivos, vagos ó movibles, ó bien, aunque no tan á menudo, fijos y casi contínuos. La céfalalgia es frontal ó supra-orbitaria, rara vez occipital.

»*Las facultades intelectuales* presentan desde el principio alteraciones, tanto mas rápidas y graves, cuanto mas próxima á los estremos de la vida está la edad de los sugetos: los niños mas inteligentes se hacen muy luego idiotas.

»Obsérvase una disminucion sucesiva en la claridad y en el enlace de las ideas: la imaginacion se hace menos viva y el juicio menos seguro; los enfermos pierden poco á poco la memoria de los hechos, de las fechas, de los números y aun de las palabras; despues de haber comenzado una frase, se olvidan á menudo de lo que iban á decir ó no encuentran la espresion que querian usar; se turban cada vez mas, y concluyen por balbucear, como si tuviesen dificultad de articular los sonidos.... se olvidan de sus asuntos, de sus promesas, de sus citas y de todo cuanto parece debiera interesarlos mas, como les sucede á los individuos acometidos de demencia» (Lallemand, loc. cit., p. 163).

»*Las facultades morales* no esperimentan menos modificaciones: los tabíficos se vuelven melancólicos, inquietos, irascibles, impacientes, desconfiados, susceptibles é injustos; son estraños á todo sentimiento afectuoso, todo les irrita y enfurece. «Los he visto, dice Lallemand, tirarse por el suelo como niños mal criados, para conseguir cosas que nadie podia procurarles.»

«Preocupados constantemente de su estado, creen que todo el mundo se le adivina, y la menor palabra, el mas ligero gesto le consideran como una alusion ofensiva, y pedirian satisfaccion de estos insultos imaginarios, si su valor fuese igual á su susceptibilidad.»

»Algunos enfermos se encuentran sumergidos en el desaliento, la tristeza y la indiferencia hácia todas las cosas esteriores; se vuelven hipocondriacos y lipemaniacos, y se ven acometidos de ideas quiméricas, creyéndose espuestos á peligros que no existen. Muchos intentan suicidarse.

»Los tabíficos se vuelven por lo comun sumamente pusilanimes, perdiendo todo su valor y energia: Lallemand ha visto algunos que al cabo de seis meses de padecimientos no pudieron decidirse á dejarse sondar; otros se esponen voluntariamente á peligros reales, impulsados por el deseo de acabar con una vida que no tienen valor de quitarse.

»Lallemand ha reunido varios hechos, que parece demuestran que la espermatorrea puede llegar á ser causa directa de enagenacion mental, habiendo visto tabíficos que se han vuelto monomaniacos, maniáticos, alucinados, y algunos que han caido en la demencia y han sido atacados de paralisis general: otros han sufrido ataques epileptiformes (Lallemand, loco citato, p. 127-199).

»Curso, duracion, terminaciones.—No se crea que todos los tabíficos presentan al observador la reunion de los fenómenos morbosos que acabamos de enumerar; pues apenas hay uno de los síntomas de que hemos hablado, que no pueda dejar de existir, y cuando se encuentran muchos reunidos, se ve casi constantemente que las alteraciones de algun aparato predominan sobre las demas. Asi es que en unos es el estómago el órgano mas particularmente afectado, en otros el corazon ó el encéfalo, etc.

»La espermatorrea es ordinariamente una enfermedad larga y progresiva. Rara vez termina espontáneamente en la curacion; porque se establece una especie de círculo vicioso, y los efectos producidos por las pérdidas seminales se convierten á su vez en causa de poluciones.

«A medida que se hace mas tenaz el estreñimiento, dice Lallemand, se aumentan las poluciones, y el incremento de estas favorece aun mas la atonia del recto y por consiguiente el estreñimiento.» Lo mismo sucede con las alteraciones gástricas, la diarrea, los fenómenos cerebrales, etc. «En resúmen las pérdidas seminales que llegan hasta el punto de constituir una enfermedad, tienen mas propension á agravarse con el tiempo que á disminuir espontáneamente, bastando el hábito por sí solo para que sea cada vez mas difícil la curacion.»

»Asi pues en último resultado el curso de la espermatorrea es progresivo; pero dista mucho de ser regular. «Por el contrario, nada mas irregular y estraordinario aun en los casos mas graves, y que podrian considerarse como continuos comparándolos con los demas.»

»Casi siempre se observan remisiones y exacerbaciones alternadas, que unas veces son poco notables, diarias y efímeras, y otras muy marcadas, mas raras y mas prolongadas.

»Las causas de estas irregularidades son á menudo enteramente desconocidas; pero otras veces, por el contrario, se pueden apreciar perfectamente: entre estas últimas hay algunas que merecen particular mencion.

»El tiempo cubierto, húmedo y lluvioso, es favorable á los tabíficos cuya enfermedad depende de irritacion de los órganos genitales; el tiempo seco y puro ejerce una influencia saludable en los enfermos cuyas poluciones provienen de un estado de relajacion y de laxitud general. La equitacion, el ejercicio á pie ó en carruage, etc., producen efectos opuestos en estas dos variedades de tabíficos.

«Las frecuentes variaciones que esperimentan estos enfermos, dependen tambien de los alimentos y de las bebidas que usan, de los esfuerzos que hacen para obrar, de las emociones morales, etc. Una digestion trabajosa, un vaso de vino puro, una taza de té ó de café, una impresion penosa, una tarea intelectual intensa, bastan para agravar las poluciones diurnas.»

»En casi todos los tabíficos se aumenta la enfermedad de un modo notable y prolongado por la primavera y en los tiempos frios, secos y rigurosos; en otoño generalmente se encuentran mejor esta clase de enfermos.

»Cuando las poluciones dependen de una afeccion hemorroidal, herpética, etc., estan subordinadas al curso de la enfermedad primitiva; pero los fenómenos varian con arreglo á circunstancias que importa apreciar bien. Si un herpes del prepucio ó del ano produce una irritacion suficientemente viva para ocasionar poluciones, se seguirá á su desaparicion una notable mejoria; pero tambien puede un herpes reemplazar á una irritacion de la uretra ó del ano que diese lugar á pérdidas seminales, y en este caso su desaparicion irá seguida de una exacerbacion de la espermatorrea. «Nada pues mas variable, dice Lallemand, que el estado de los tabíficos cuyas pérdidas seminales estan sostenidas por una afeccion herpética; pero los hechos mas opuestos en apariencia son no obstante muy parecidos en realidad.»

»La administracion de un purgante alivia, cuando produce la espulsion de cierto número de ascárides cuya presencia daba lugar á las poluciones, y exacerba la enfermedad cuando no hace mas que aumentar la irritacion del recto.

»La duracion de la enfermedad es mas ó menos larga, segun que las oscilaciones son mas ó menos marcadas, mas ó menos aproximadas y duraderas; pero en el mayor número de casos se prolonga muchos años.

»La muerte de los tabíficos se debe ordinariamente á alguna complicacion; «sin embargo, no es dudoso, dice Lallemand, que el aniquilamiento producido por las pérdidas seminales, puede llegar por sí solo á estinguir la vida, sin que haya mas lesion apreciable que la de los órganos espermáticos, como podria hacerlo en menos tiempo una hemorragia poco abundante, pero repetida diariamente, que proviniese de algun vaso inaccesible á los recursos del arte» (Lallemand, loc. cit., p. 216-238).

»Diagnóstico.—El diagnóstico de la espermatorrea presenta algunas dificultades, siendo preciso hacer en su estudio muchas divisiones.

»Los *síntomas generales* no pueden de modo alguno dar á conocer por sí mismos la enfermedad; primero, porque son irregulares, inconstantes, etc., y ademas porque ninguno de ellos es patognomónico, y porque todos se encuentran en otras afecciones.

»La consuncion dorsal, dice Lallemand, no produce ningun efecto especial que le pertenezca esclusivamente.... no hay ningun signo patognomónico de la espermatorrea; porque

los fenómenos locales constituyen en rigor la enfermedad, y los generales no tienen caracter propio.... Cada síntoma en particular puede faltar completamente, ó á lo menos pasar desapercibido, y cuando existe, puede provenir de otra causa» (loc. cit., p. 217).

»Es indudable que tomando solo en consideracion los síntomas generales, se ha desconocido muchas veces la espermatorrea, y admitido erróneamente la existencia de una afeccion crónica de las vias digestivas, del corazon, de los pulmones ó del cerebro, segun que predominan en el conjunto de los síntomas las alteraciones de tal ó cual aparato.

»Sin embargo, hay algunas circunstancias que deben tenerse en cuenta; porque si no bastan para establecer el diagnóstico de un modo positivo, son sin embargo bastante significativas para llamar la atencion del médico acerca del estado de los órganos genitales. Lallemand indica particularmente el curso irregular de la enfermedad, la manifestacion repentina de mejorias y exacerbaciones no motivadas, la falta de calentura, el continente cortado, vergonzoso del sugeto, su mirar bajo y oblicuo, y la estraordinaria postracion de las fuerzas sin ninguna lesion orgánica apreciable.

»Es inútil observar que la masturbacion determina esactamente los mismos síntomas que la espermatorrea.

»Todo el diagnóstico se funda en los *fenómenos locales*; pero difiere segun que tiene el enfermo poluciones ó una espermatorrea propiamente dicha.

»Las pérdidas seminales provocadas por poluciones nocturnas ó diurnas, acompañadas de orgasmo ó de una ereccion incompleta, de una sensacion mas ó menos voluptuosa, en una palabra, por poluciones de que tiene conciencia el enfermo, y en las cuales se espele puro el esperma sin mezcla de ningun otro líquido fisiológico ó preternatural; las pérdidas seminales de esta naturaleza son fáciles de conocer y no pueden dejar al práctico ningun género de duda; pero no sucede lo mismo respecto de la espermatorrea propiamente dicha, es decir, de los casos en que se espele el esperma con la orina sin que el enfermo tenga ereccion ni conciencia de ello. En estos casos para asentar el diagnóstico es necesario determinar: 1.º si el líquido espelido es esperma; 2.º si en caso de serlo hay una espermatorrea.

»*¿El líquido espelido es esperma*? Lallemand no vacila en contestar afirmativamente, cuando el líquido es opaco, blanquecino, viscoso y semejante al resíduo de un cocimiento de cebada ó de arroz; cuando se espele súbitamente con las últimas gotas de la orina ó despues de desocupada la vejiga; cuando su emision va acompañada de una sensacion particular en el periné; cuando su cantidad es abundante; cuando se ven en el líquido glóbulos ó cuerpos esferoideos, brillantes, y por último, cuando ha seguido el flujo á hábitos de masturbacion, á poluciones nocturnas ó diurnas, y le acompañan los fenómenos generales antes indicados.

»Reconocemos de buen grado que las circunstancias espuestas por Lallemand son importantes y hacen muy probable la existencia de la espermatorrea; pero creemos que no bastan para dar seguridad respecto de este punto.

»La cistitis aguda ó crónica, la inflamacion de la prostata, dice Valleix, dan lugar á una secrecion morbosa, que sale principalmente al terminarse la escrecion de la orina, y que forma depósitos cuyos caractéres no se diferencian notablemente de los que ofrecen los espermáticos; la sensacion que se manifiesta en el periné ¿no puede provocarla el simple paso de una materia mucosa ó mucoso-purulenta por superficies irritadas, inflamadas, y sobre todo la contraccion necesaria para esta emision en partes alteradas? Muchos observadores dudan todavia que los glóbulos, los cuerpos esferoideos brillantes, sean animalillos espermáticos atrofiados, y por último, el enflaquecimiento y los síntomas generales que acompañan á estas evacuaciones, son comunes á muchas enfermedades» (Valleix, *Guide du médecin praticien*, t. VII, p. 551-553).

»Estas objeciones son fundadas, y nosotros hemos visto por nuestra parte, que la abundancia del líquido y su espulsion *despues de los últimos chorros de orina*, no tienen el valor absoluto que les atribuye Lallemand (obra cit., t. II, p. 347-354). Es verdad que el fluido prostático es siempre menos abundante que el esperma; pero no sucede lo mismo con el moco ó con el pus. En un enfermo que reunia todas las circunstancias indicadas por Lallemand, se demostró, mediante un examen microscópico atento y repetido muchas veces por uno de nosotros en compañia de Donné, que solo existia un catarro crónico de la vejiga; demostracion que vino á completarse por el éxito del tratamiento.

»Por lo demas no se crea que el mismo Lallemand se haya contentado con estos signos racionales para asentar su diagnóstico; sino que ha procedido á *comprobar materialmente* la presencia del esperma.

»Los signos físicos que pueden dar á conocer la presencia del líquido espermático son los siguientes: cuando se le frota entre los dedos hace espuma como el jabon y desarrolla un olor característico; si se le recoge en un lienzo y se le deja secar, forma una mancha amarillenta, análoga á las del engrudo de almidon, y si se moja esta mancha exhala un olor espermático; por último, el examen microscópico da un caracter patognomónico, porque se descubren los animalillos á que se ha dado el nombre de zoospermos, espermatozoarios, animalillos espermáticos, y cuyo examen requiere minuciosos cuidados.

»Cada emision de orina debe recogerse en un vaso separado y con preferencia en copas de

champagne; las orinas de la madrugada, las que se arrojan despues de una digestion trabajosa, de una emocion violenta, de un enfriamiento, de una escitacion física ó moral de los órganos genitales, son las mas favorables para el examen microscópico. Debe filtrarse la orina, porque esta operacion reune todos los zoospermos en la parte central y mas baja del filtro; y entonces se echa esta porcion de orina en un vidrio de relój lleno de agua, dejándolo en esta posicion por veinticuatro horas. Al cabo de este tiempo han caido casi todos al fondo de la cápsula, de donde es fácil sacarlos atrayendo con un tubito algunas gotas de la capa inferior del líquido (Lallemand, loc. cit., p. 416 417).

»Aunque sin entrar en todos los pormenores del examen microscópico, recordaremos en razon de la importancia práctica del asunto, que es necesario poner bien manifiesta la gota de liquido entre dos láminas de vidrio; cuidar de que el porta-objeto no tenga burbujas ni surcos, y sea de igual grueso en todas sus partes: variar la densidad del líquido, ya añadiéndole agua, ya dejándole secar; dar diferentes posiciones al foco y al espejo reflejador, y por último recurrir á un aumento de 300 á 400 volúmenes.

»Observando todas estas precauciones, se descubren en el líquido espermático un número mayor ó menor de animalillos, que se mueven con rapidez y energia y que tienen la longitud de $\frac{1}{40}$ á $\frac{1}{60}$ de línea y una forma semejante á la de un renacuajo.

»Cuando se han comprobado todos los caractéres físicos que acabamos de indicar, no es dudosa la presencia del esperma ¿pero son constantes estos caractéres? Lallemand responde por la negativa, porque asegura que á medida que progresa la enfermedad pierde poco á poco el humor seminal su consistencia, su color, su olor y hasta sus zoospermos, haciéndose cada vez mas semejante al moco y al humor prostático (loc. cit., p. 329-339); los zoospermos van siendo menos numerosos, menos vivaces y mas pequeños, y llegan á desaparecer del todo (página 407-409); en cuyo caso los enfermos apenas echan ya de ver el paso del esperma, y las orinas tampoco depositan granulaciones brillantes (p. 355). Entonces no puede menos de ser dudoso el diagnóstico, porque no quedan mas datos en que fundarle que los conmemorativos y los síntomas generales.

»*¿Depende de la espermatorrea la presencia del esperma?*—Esta cuestion es mas difícil de resolver de lo que pudiera creerse *á priori*, y puede asegurarse que ha dado lugar á muchos errores de diagnóstico. Efectivamente, es indudable que muchas horas despues del coito, de un acto de masturbacion, ó de una polucion accidental no morbosa, se encuentran en la orina mayor ó menor número de zoospermos; y aun sucede algunas veces en las mismas circunstancias, que penetra esperma en la vejiga (*emision interna*), siendo espelido en el acto de orinar. Asi, pues, si nos contentasemos con un solo examen, nos espondriamos con frecuencia á admitir equivocadamente la existencia de una espermatorrea.

»Para conseguir un diagnóstico cierto, es preciso examinar muchas veces la orina en diferentes momentos del dia, y cerciorarse de que no ha sido arrojada despues de alguna de las circunstancias que dejamos indicadas. Respecto de los que tienen el hábito de la masturbacion, que ocultan cuidadosamente y niegan sus vergonzosas maniobras, no es fácil obtener una certidumbre completa.

»Preciso es confesar, sin embargo, que ordinariamente vienen á ilustrar el diagnóstico frecuentes poluciones nocturnas y emisiones de esperma durante la defecacion.

»Despues de haber reconocido la existencia de la espermatorrea, importa mucho para establecer la terapéutica, determinar la causa de la enfermedad.

»Se conocerá que las pérdidas seminales son producidas por una *irritacion de los órganos génito-urinarios*, en la rubicundez mas ó menos viva de la estremidad del glande, en la emision abundante y frecuente de la orina, en una sensibilidad viva de la porcion prostática de la uretra, y en una sensacion incómoda de peso en el ano y en el periné.

»Muchas veces está hinchada la prostata y dolorida á la presion; hay un flujo de mucosidades por la uretra, que proviene ordinariamente de blenorragias antiguas, y que se exaspera por la menor causa. Los testículos estan frecuentemente sensibles, doloridos, tensos é hinchados. Las pérdidas seminales se aumentan por la primavera y cuando el tiempo está seco y frio, y disminuyen con el calor y la humedad.

»Las pérdidas seminales por *debilidad*, *relajacion ó atonia*, de los órganos genitales, se encuentran principalmente en los sugetos endebles, linfáticos, debilitados por enfermedades anteriores, que han tenido incontinencia de orina en su infancia, de cuyas resultas han quedado los órganos genitales en estado rudimentario. Se manifiestan bajo la influencia de causas accidentales muy leves ó inapreciables. El escroto se encuentra á menudo infiltrado, flojo y péndulo; las venas de los cordones estan varicosas, el glande pálido aun en su orificio, y el conducto uretral indolente durante el cateterismo.

«Podemos persuadirnos, dice Lallemand, de que las pérdidas seminales dependen de un estado de relajacion, cuando se aumentan con el tiempo húmedo ó templado, y cuando por el contrario, disminuyen con los vientos secos y con el frio sutil é intenso.»

»Las pérdidas seminales debidas á una *susceptibilidad nerviosa especial* se manifiestan en los sugetos secos e irritables, que desde su infancia han tenido una sensibilidad escesiva, cuyas primeras poluciones morbosas han sido

provocadas por una especie de capricho, y particularmente por impaciencias ó por emociones vivas. Los órganos genitales tienen tal susceptibilidad, que el menor contacto determina á veces en ellos sensaciones estraordinarias; el mas ligero roce produce erecciones y aun eyaculacion; el cateterismo ocasiona un dolor intolerable desde la entrada del conducto, aunque no se note en él rubicundez alguna. Hay tirantez dolorosa en los testículos, los cordones espermáticos y á lo largo del miembro; sobrevienen muchas veces sin causa conocida movimientos, latidos y contracciones espasmódicas, en el espesor del periné, en el cuello de la vejiga y probablemente en las vesículas seminales; porque las pérdidas de esperma se verifican sin ereccion, sin ideas lascivas, en virtud, por decirlo asi, de una especie de epilepsia local. La enfermedad se aumenta en los dias tempestuosos.

»El PRONÓSTICO varia segun la edad, la fuerza, la constitucion del sugeto, la antigüedad y la causa de la enfermedad. Á igualdad de circunstancias las poluciones nocturnas son menos graves que las diurnas, y estas menos fatales que la espermatorrea propiamente dicha.

»De todos modos la muerte es una terminacion muy rara, y á no ser que sostenga la enfermedad un hábito arraigado de masturbarse, se puede esperar siempre una curacion pronta y duradera por medio de un tratamiento bien dirigido.

»ETIOLOGIA.—*Causas predisponentes.*—Lallemand indica bajo este título la disposicion hereditaria, el fimosis natural, la debilidad congénita de los órganos genitales y especialmente de los conductos eyaculadores, el varicocele, el hipospadias, el epispadias, la longitud escesiva del conducto urinario, la flacidez de los cuerpos cavernosos ó su desproporcion respecto del glande, la pequeñez de los testículos, su descenso tardío ó su permanencia definitiva dentro del abdomen, su forma irregular, la atrofia de uno de ellos, su flacidez, las hernias congénitas, la amplitud escesiva de la pelvis, el temperamento linfático y el nervioso (obra citada, t. II, p. 69-240). Es muy dudosa la influencia de estas diversas circunstancias, como lo confiesa el mismo Lallemand, y necesita confirmarse por observaciones mas numerosas y decisivas.

»*Causas determinantes.*—La mas comun y enérgica de todas las causas que dan origen á la espermatorrea, es la *irritacion de los órganos genitales* propagada á las vesículas seminales; cuya irritacion se produce directa ó indirectamente.

»Entre las causas directas se debe poner en primera línea la *blenorragia* crónica ó repetida y las estrecheces de la uretra, que tan á menudo la acompañan (V. Lallemand, ob. cit., tomo I, pág. 92-181); pero sin embargo es preciso convenir en que la uretritis apenas produce la espermatorrea, sino cuando se desarrolla muchas veces con cortos intervalos, en sugetos predispuestos, ó bien cuando se la combate con medicamentos irritantes, administrados á dosis altas ó por mucho tiempo: entre estos se cuentan la copaiba, la cubeba, las inyecciones astringentes, los tónicos, los amargos, etc. (loc. cit., p. 158-187).

»La *masturbacion y los escesos venéreos* vienen inmediatamente despues de la blenorragia: Lallemand ha podido comprobar su accion en muchos casos (loc. cit., p. 313-663); la continencia muy prolongada produce algunas veces el mismo efecto (t. II, p. 240-264).

»La *balanitis* y los depósitos de materia sebácea entre prepucio y glande se han considerado por Lallemand en muchos casos como causas de pérdidas seminales; pero debe observarse que casi siempre han obrado indirectamente, produciendo una blenorragia ó el vicio de la masturbacion (obra citada, t. II, p. 70-162).

»Las *erecciones* muy prolongadas parecen haber sido en muchos casos la única causa de la enfermedad (t. I, p. 459).

»La influencia de los *herpes del prepucio y del escroto* nos parece admisible (t. II, p. 136); pero no diremos otro tanto de la sarna (t. I, p. 195), el impétigo de la cara (t. II, p. 141), y otras diferentes afecciones cutáneas, gotosas y reumáticas, que, segun Lallemand, se trasladan de la piel y de los miembros á la membrana mucosa de los órganos génito-urinarios. Y es tanto mas racional la duda respecto de este punto, cuanto que en los hechos referidos por Lallemand se ve que dichas afecciones coincidian con blenorragias, el vicio de la masturbacion ú otras causas de espermatorrea. El mismo Lallemand reconoce que las afecciones cutáneas no hubieran bastado *por sí solas* para producir las pérdidas seminales (tomo I, página 221).

»La *cistitis* aguda ó crónica, las *enfermedades de la prostata*, de los *riñones* y de los testículos, pueden llegar á ser causas de espermatorrea.

»Las *cantáridas*, el *alcanfor*, el *nitrato de potasa*, el *centeno con cornezuelo*, el *café*, el *té* y el *vapor del tabaco*, pueden determinar una irritacion mas ó menos viva de los órganos génito-urinarios, y dar lugar á pérdidas seminales (t. I, p. 1-36). Á estas causas se debe añadir el *abuso de la equitacion*, el estar mucho tiempo sentado y los viages largos en carruage. Conviene saber que los hechos que se refieren á estas diferentes causas son poco numerosos y de dudosa significacion.

»El *estreñimiento* es una causa sumamente frecuente de espermatorrea, ya dependa esto de la irritacion trasmitida á los órganos urinarios, ya de la compresion ejercida en las vesículas seminales. Lallemand cita un hecho muy notable, en el que desaparecieron las pérdidas seminales en cuanto se hizo la ablacion de un diafragma rectal, que oponia un obstáculo me-

cánico al curso de las materias (tomo I, páginas 228-280).

»Las *ascarides* constituyen una causa activa de espermatorrea, irritando el recto y los órganos génito-urinarios; pero su accion es muchas veces complexa, porque su presencia es al mismo tiempo causa de masturbacion (tomo I, p. 281-312; 317-332).

»Las *afecciones del cerebelo* no ejercen ninguna influencia apreciable en el desarrollo de la espermatorrea, y lo mismo sucede respecto de las enfermedades que traen en pos de sí una *debilidad de la médula* y de los nervios que nacen de ella. Por el contrario, la *irritacion espinal* parece que determina á veces pérdidas seminales bastante graves (t. II, p. 37-68).

»En ciertos sugetos dotados de una susceptibilidad nerviosa escesiva, se observan algunas veces pérdidas seminales por causas accidentales muy variables y ligeras. Lallemand ha visto producirse esta enfermedad por el miedo, la impaciencia, el movimiento de un columpio, un trabajo intelectual muy prolongado ó escesivo, ó una fuerte escitacion cerebral (t. II, p. 218-227; t. III, p. 175-182).

»Cuando ha durado mucho tiempo la enfermedad y adquirido cierto grado de intension, sostienen y provocan las pérdidas seminales muchas circunstancias que importa conocer. Indicaremos sobre todo el coito, la masturbacion, las erecciones provocadas por lecturas, ideas ó ensueños eróticos, el estreñimiento, la impresion del frio, las emociones vivas, las malas digestiones, el decúbito dorsal ó abdominal; etc.: cualquiera de estas circunstancias basta á menudo para dar lugar á recaidas.

»El TRATAMIENTO está enteramente subordinado á la causa de la enfermedad No entraremos, pues, en muchos pormenores, persuadidos de que será suficiente hacer simples indicaciones.

»*Espermatorrea por irritacion directa ó indirecta de los órganos génito-urinarios.*—Cuando ha producido y sostiene la irritacion una causa apreciable, es preciso ante todo, procurar que desaparezca. Asi, pues, se recurrirá á los medios conocidos y apropiados para combatir las estrecheces de la uretra, los herpes del prepucio ó del escroto, la balanitis, el fimosis congénito, y las diferentes causas de estreñimiento, tales como las almorranas, la fisura del ano, la atonia del recto, los obstáculos mecánicos y las ascarides (V. Lallemand, obra citada, t. III, p. 241-323).

»Si la enfermedad dependiese de la masturbacion, de escesos en el coito, de trabajos intelectuales escesivos, de la equitacion, etc., habria que cambiar en cuanto fuese posible los hábitos del sugeto, cuidando de que no volviese á ellos al cabo de mas ó menos tiempo.

»Si las pérdidas estuviesen sostenidas por el decúbito dorsal, se aconsejaria el uso de una cama muy dura y de un hule entre el colchon de cerda y la sabana, aplicando á los lomos del enfermo una chapa de plomo y fijando en ella una cuña de corcho ó de madera muy ligera, que imposibilite el decúbito dorsal por profundo que sea el sueño.

»Se combatirá al mismo tiempo la irritacion de los órganos génito-urinarios por medio de un régimen lácteo, vegetal, la abstinencia completa y prolongada por mucho tiempo del vino puro, los baños tibios, las cataplasmas emolientes, los fomentos, las lavativas y las bebidas de igual naturaleza, la continencia física y moral, la abstinencia de toda fatiga, el ejercicio moderado y la permanencia en el campo. Deben los enfermos preservarse del frio y huir de un calor muy intenso y de la luz escesiva. Todos estos medios habian sido ya aconsejados por Hipócrates, y constituyen la medicacion mas racional (véase Lallemand, loc. cit., páginas 370-391).

»El alcanfor y la nymphæa son á veces útiles para disminuir el eretismo de los órganos genitales. «Si los síntomas de irritacion son poco pronunciados, dice Lallemand, la introduccion de una sonda de goma elástica puede producir buenos resultados, modificando la vitalidad de la membrana mucosa uretral. Cuando hay una inflamacion crónica, se puede aplicar con ventaja un corto número de sanguijuelas al ano. Mas antes de emplearlas conviene tener presente el estado general de la constitucion y la resistencia del pulso. No deben hacerse emisiones sanguíneas á los tabíficos, sino cuando haya una necesidad absoluta; porque despues de la mejoria general é inmediata que las sucede, se aumenta rápidamente la debilidad general, y el estado de los órganos digestivos no permite que se repare fácilmente la sangre perdida.

»*Espermatorrea por debilidad ó relajacion de los órganos genitales.*—Ya se deja conocer que en este caso es preciso recurrir á una medicacion enteramente opuesta á la que acabamos de esponer.

»Las bebidas frias, heladas, son siempre útiles, á no ser que esten irritados ó sean muy impresionables los órganos digestivos; pero es preciso darlas al principio á cortas dosis, é ir bajando gradualmente su temperatura (*leche helada, hielo ó nieve machacados con azúcar, pedazos de hielo, etc.*).

»Las aplicaciones frias, las lociones, las fricciones, los chorros tambien frios, son útiles muchas veces; pero se han de usar con mucha prudencia. Lallemand asocia con ventaja los chorros frios con los sulfurosos calientes:

»Estando el enfermo en una estufa de 40 á 50° del centígrado, se le administra primero un chorro sulfuroso caliente en los lomos, despues un chorro frio muy corto, que se remplaza inmediatamente por otro caliente. En seguida se da otro chorro mas frio y prolongado, con el que se concluye la primera tanda, que no debe durar mas de cinco minutos. Los dias siguientes se disminuye la temperatura de

los chorros frios, y al mismo tiempo se aumenta su duracion segun los efectos que se observen.» (t. III, p. 346).

»Los chorros alternativamente calientes y frios pueden estenderse al periné, á la region pubiana, á la márgen del ano y aun al recto.

»Los baños frios de mar ó de rio no tienen la eficacia constante que generalmente se les atribuye, y muchos tabíficos lo pasan muy mal con ellos, segun dice Lallemand: en unos no se manifiesta la reaccion, en otros se aumentan las pérdidas seminales.

»Sin embargo, Lallemand reconoce que son útiles los baños frios, cuando el médico sabe apreciar convenientemente la constitucion, las fuerzas de su enfermo, y proporcionar los medios de reaccion con la sustraccion de calórico verificada por el baño.

»Los tónicos amargos ó astringentes y los ferruginosos, empleados aisladamente ó asociados, siempre son útiles. Lallemand recomienda la quina, la poligala senega, la genciana, la centaura, el lúpulo, la ratania, la raiz de colombo, las aguas ferruginosas y las preparaciones marciales bajo todas sus formas, cuidando de que se mantengan en buen estado los órganos digestivos y libres las evacuaciones ventrales.

»Los escitantes, tales como la menta, la salvia, la melisa, la canela, el clavo de especia, la vainilla, etc., empleados en forma de aceite esencial ó de tintura, son medios poderosos que no deben descuidarse.

»La copaiba, la trementina y el agua de brea, convienen cuando la enfermedad viene acompañada de mucha sensibilidad en la membrana mucosa génito-urinaria.

»Las cantáridas y el fósforo, preconizados por algunos autores, son remedios peligrosos. Lallemand los proscribe, y no sin razon, de la terapéutica de las pérdidas seminales.

»El cornezuelo de centeno se ha empleado con buen éxito en Italia y en Francia por Lallemand desde la dosis de 4 granos hasta la de 20 por mañana y tarde. Ejerce una accion simultánea en los órganos génito-urinarios y en el recto, y facilita y hace mas enérgica la espulsion de la orina y de las materias fecales: «Debe pues usarse, dice Lallemand, en el tratamiento de las pérdidas seminales debidas á un estado de atonia.»

»Lallemand ha empleado tambien con buen éxito el galvanismo en los casos graves, cuando la atonia llega hasta el punto de aproximarse á la paralisis. Deben dirigirse principalmente desde los lomos al púbis las sacudidas galvánicas, cuya fuerza se aumentará gradualmente: en algunos casos es útil establecer la comunicacion entre los lomos y el periné y aun la vejiga.

»*Espermatorrea por susceptibilidad nerviosa.*—En esta especie estan indicados los opiados; pero deben darse á dosis cortas, porque producen á menudo cefalalgias, náuseas, indigestiones y estreñimientos. Lallemand prefiere á estos medios el tridaceo (8 á 12 granos) y el jarabe de ninfea (8 á 10 dracmas).

»Los efectos del alcanfor son inconstantes y á menudo perjudiciales, principalmente si se da á altas dosis. Apenas se puede pasar de 4 á 6 granos en las veinticuatro horas.

»Los rubefacientes, la urticacion, aplicados á los muslos y al periné, producen en ocasiones un alivio notable aunque pasagero.

«La introduccion de una sonda hasta la vejiga tiene la ventaja de hacer cesar inmediatamente los fenómenos nerviosos que se observan en los órganos genitales, y de disminuir consecutivamente la sensibilidad exaltada de la membrana mucosa uretral. Al principio basta una sonda de goma elástica de mediano calibre. Debe introducirse con mucha lentitud, y aun es preciso detenerse de cuando en cuando. Hay enfermos que sienten tantos dolores durante el cateterismo, que todo su cuerpo se convele y agita, cubriéndose de un sudor abundante, y en estos es precisamente en los que produce la sonda efectos mas marcados y duraderos. En este caso no hay que obstinarse en penetrar en la vejiga, por lo menos la primera vez. Al principio no se debe dejar puesta la sonda sino una hora á lo sumo, ó mas bien conviene sacarla en cuanto su presencia determine contracciones enérgicas y casi continuas. Es preciso, segun los casos, dejar cinco ó seis dias de intervalo entre las operaciones de cateterismo, y recomendar al enfermo el cuidado de juzgar cuando ha de quitarse la sonda, advirtiéndole que no la mueva, hasta que provoque contracciones espasmódicas insoportables» (Lallemand, t. III, p. 360-363).

»La acupuntura ha curado en algunos casos las pérdidas seminales á la primera vez de usarla. Despues de haber hecho orinar al enfermo, se le introduce una aguja por el rafe, entre la raiz del escroto y la márgen del ano; otra por detras de la primera, dirigida en el mismo sentido, y últimamente otra delante de todas dirigiéndola oblícuamente hácia la parte inferior del cuello de la vejiga. Las agujas deben dejarse puestas una hora á lo menos y tres á lo mas.

»*Cauterizacion.*—Las medicaciones que acabamos de enumerar no siempre bastan para la curacion de la espermatorrea. «Si no se tratase, dice Lallemand (loc. cit., p. 391), sino de apretar y fortificar, ó bien de calmar y ablandar los órganos genitales, no faltarian medios para asegurar una pronta curacion; pero es preciso dar tono á los tejidos por medio de agentes que no aumenten su susceptibilidad, ó calmar su irritacion sin disminuir su energia; de modo que siguiendo una sola de estas indicaciones desde el principio hasta el fin, es difícil conseguir el objeto que nos proponemos.

»Con el objeto de llenar las indicaciones complexas que presenta el tratamiento de las

pérdidas seminales, ha ensayado Lallemand cauterizar con el nitrato de plata la porcion prostática de la uretra, y la esperiencia le ha demostrado que este agente es por punto general el mas poderoso y útil que puede oponerse á la espermatorrea.

«La cauterizacion, dce Lallemand, conviene sobre todo en los casos de irritacion y de inflamacion crónica de la uretra, y pueden considerarse como seguros sus efectos, cuando proceden las pérdidas seminales de blenorragias no contagiosas. Es muy ámenudo útil cuando parece que predominan la atonia y la relajacion, y mas rara vez cuando hay fenómenos nerviosos muy pronunciados ó una disposicion congénita evidente; pero en estos mismos casos la cauterizacion modifica la vitalidad de los tejidos y prepara el éxito definitivo de otros medios que antes no hubieran tenido resultado» (tomo III, p. 392).

»No describiremos el procedimiento operatorio de la cauterizacion, pues no ofrece nada de particular, y se encuentra en todos los tratados de patologia esterna y en la obra de Lallemand. Solo diremos que la cauterizacion debe ser rápida y ligera, puesto que su objeto no es producir una pérdida de sustancia sino solamente modificar la vitalidad de los tejidos.

«En los primeros dias que siguen á la cauterizacion debe el enfermo tomar baños, lavativas y bebidas emolientes; observar una dieta láctea y vegetal, para hacer que las orinas sean lo mas acuosas posible; abstenerse de la menor fatiga, y preservarse con el mayor cuidado del frio.»

»Durante dos ó tres dias es la emision de la orina frecuente, dolorosa y acompañada de algunas gotas de sangre; pero muy luego se disipan estos síntomas, como no se ometa alguna imprudencia.

»Mientras dura el período inflamatorio, mas bien se aumentan que disminuyen las pérdidas seminales, y no empieza á notarse la mejoria hasta el momento en que se verifica la resolucion, la cual no suele ocurrir antes del duodécimo ó décimoquinto dia, y puede hacerse esperar mas tiempo, puesto que mas de una vez se exacerba el mal en el momento en que el paciente se cree dispensado de toda precaucion. Debe prepararse especialmente el ánimo del enfermo contra los deseos venéreos, cuando se manifiestan erecciones enérgicas.

»Se conoce al momento si la cauterizacion ha de curar, en la rápida disminucion de las pérdidas seminales y en la marcha franca de la convalecencia. Una sola cauterizacion es suficiente, y no se debe hacer otra, sino cuando se hubiesen neutralizado los buenos efectos de la primera por causas puramente accidentales y fáciles de evitar. Pero cuando no basta la segunda cauterizacion para curar la enfermedad, es probable que no tenga mejor éxito la tercera, por lo que debemos abstenernos de practicarla, y lo mismo cuando solo produce una mejoria momentánea; debiéndose entonces renunciar á semejante medio, y averiguar con mas detenimiento las causas especiales que pueden sostener el mal (*ascárides*, *fisuras del ano*, *hemorroides*, etc.)

»La convalecencia exige cuidados asíduos é ilustrados; porque si en los casos recientes y sencillos es fácil y rápido el restablecimiento, no sucede lo mismo en los graves. Entonces se debe continuar mucho tiempo con las precauciones higiénicas que hemos indicado, no volviendo sino por grados al régimen ordinario, y guardándose de prescribir el ejercicio, los baños de rio y los viages á pie, mientras no esten las fuerzas algun tanto restablecidas.

»No debe prolongarse mucho la continencia; antes al contrario, conviene que se satisfagan las necesidades venéreas reales. «Para que cesen completamente, dice Lallemand, las pérdidas seminales involuntarias, es necesario que tarde ó temprano sean remplazadas por emisiones voluntarias y normales; de modo que para completar la curacion debe concluirse necesariamente por establecer relaciones sexuales» (Lallemand, t. III, p. 401-472).

»Historia y bibliografia.—Hipócrates conoció las pérdidas seminales involuntarias, describiendo con esactitud sus principales síntomas y su tratamiento higiénico.

»La tisis dorsal es, segun él, una enfermedad frecuente en los recien casados y en los libertinos. El mal se presenta sin advertirlo; se conserva el apetito, pero el cuerpo se consume; los enfermos *arrojan mucho semen líquido al orinar y al obrar*; aunque traten con mujeres no engendran; pierden semen en la cama, tengan ó no ensueños lascivos; *le pierden á caballo*, *andando y de todos modos*; les acometen dificultad de respirar, un estado de debilidad manifiesto, pesadez de cabeza y zumbido de oidos, y si en este estado se presenta calentura, mueren lipíricos.

»Para combatir esta enfermedad aconsejaba Hipócrates el emético y los purgantes, pero recomendando sobre todo la dieta láctea, la privacion de alimentos sólidos y los baños tibios. «Debe, dice, prohibirse durante un año el beber vino con esceso, el comercio con las mujeres y todo ejercicio, á no ser el paseo, aconsejando á los enfermos que se preserven del frio y del sol» (*De morbis*, lib. IV, cap. 19. *Tabes dorsalis*).

«Celso solo hace mencion «del flujo inmoderado de semen que se verifica por las partes naturales sin prurito venéreo y sin ilusiones nocturnas.» Recomienda las bebidas frias, los baños tambien frios, los alimentos ligeros y los fomentos astringentes en las partes inferiores. «Conviene, dice, que el enfermo no duerma echado de espaldas (*De medicina*, lib. IV, *De humani corporis interioribus sedibus*, cap. 21, *De seminis nimia ex naturalibus profusione*).

»Areteo describió las pérdidas seminales con el nombre de gonorrea; pero desnaturalizó sin-

gularmente el cuadro trazado por Hipócrates, é introdujo en la ciencia una confusion deplorable. Ademas es evidente que reunió bajo un mismo nombre muchas afecciones diferentes.

»La gonorrea, dice, carece de riesgo; el esperma fluye como al través de una parte fria, y no puede detenerse ni aun durante el sueño: duerma ó vele el enfermo, es el flujo continuo é insensible. *Hasta las mujeres padecen esta enfermedad*; pero el flujo se verifica con comezon de las partes, sensacion de placer y deseo impúdico del coito» (*De caus. et sign. morb.*, libro II, cap 5).

»Despues de haber leido muchas veces, dice Lallemand (t. II, p. 368), esta amplificacion verbosa, ampulosa y llena de errores, me he convencido de que Areteo no habia visto nunca una verdadera polucion diurna. A esta descripcion tan citada debe atribuirse el sinnúmero de errores y las interminables discusiones que han oscurecido cada vez mas esta cuestion. Despues de Areteo continuaron los médicos, hasta la época de Boerhaave, considerando como espermáticos los flujos de la uretra; y probablemente por una reaccion contra este error concibió el sabio holandés la idea de que no podia verificarse ninguna evacuacion seminal sin ereccion ni placer.

»Efectivamente, Boerhaave cayó en un error contrario al de Areteo: despues de asentar que el flujo que acompaña á la blenorragia y á la gonorrea no es seminal, asegura que el verdadero esperma no es nunca espelido sin titilacion venérea, ya con ensueños, ya sin ellos (*Prælect. ad instit.*, §. 776).

»No contento Morgagni con establecer la existencia de las pérdidas seminales, indicó sus verdaderos caractéres y su diagnóstico diferencial.

«El flujo gonorréico, dice, no es seminal, sino que está caracterizado por un líquido puriforme que proviene de los senos de la uretra; es contínuo y no viene acompañado de enflaquecimiento. El flujo seminal puede verificarse sin que la imaginacion esté ocupada de ideas eróticas, despues de la aplicacion de un clister muy caliente ó de la *escrecion de escrementos demasiado duros*; reconoce por causa la relajacion, la erosion de los conductos eyaculadores ó ciertas alteraciones de las vesículas seminales, y viene acompañado de un enflaquecimiento y de una debilidad muy notables.» Parece que no observó Morgagni la espermatorrea propiamente dicha, y á lo que puede colegirse suponia que las pérdidas seminales se verificaban siempre con ereccion (*De sedib. et caus. morb.*, epist. 49, núm. 16).

»P. Frank ha descrito los flujos de semen con el nombre de gonorrea, la que define diciendo que es un flujo de humor seminal ó *de un líquido análogo*. La materia, añade, *puede fluir contínuamente* ó por intervalos, sin ereccion completa, por una ligera irritacion voluptuosa, ó sin ninguna sensacion agradable.

»P. Frank distingue las poluciones nocturnas, las diurnas y las pérdidas seminales que acompañan á la emision de la orina y de las materias fecales. Indica los síntomas gástricos y encefálicos, la disnea, las palpitaciones, la falta de fiebre y el enflaquecimiento; manifiesta que las poluciones son provocadas por las causas mas leves, como la equitacion, el decúbito supino y el andar en carruage. Dice que suelen producir la enfermedad la masturbacion y los escesos venéreos, *la irritacion repetida de la uretra y de los testículos en las blenorragias*, las afecciones de los órganos génito-urinarios y del recto, y el uso de lo drástricos y de las cantáridas (*Traité de méd. prat.*, trad. de Goudareau, t. III, p. 167 y sig., Paris, 1820).

»Wichmann ha estudiado las poluciones diurnas, es decir, las que se verifican *apertis ægri oculis, absque tentigine venerea et absque colis erectione;* las distingue de la gonorrea simple, esto es, del *flujo seminal continuo*, de las pérdidas seminales que acompañan á la escrecion de la orina, y solo se hace cargo de las que se verifican durante la defecacion. Indica bastante bien los síntomas generales; pero se queda muy atras de P. Frank (Wichmann, *de Pulutione diurna*, etc.; Gettingæ, 1782).

»Los autores que se han ocupado del onanismo, como Tissot y Deslandes, solo hablan incidentalmente de las pérdidas seminales involuntarias; no las distinguen bastante de la blenorrea, ni establecen su diagnóstico, ni separan sus efectos de los de la masturbacion.

»Lallemand ha sido el primero que ha trazado la historia de la espermatorrea y la ha estudiado completamente (*Des pertes seminales involontaires*; París y Montpellier, 1836-1842, 3 vol. en 8.º). Los varios trozos que hemos tomado de la obra de este hábil observador demuestran el cuidado, la esactitud y sagacidad con que el autor de las *Investigaciones sobre el encéfalo* ha estudiado los síntomas, curso, diagnóstico y causas de las pérdidas seminales involuntarias.

»Lallemand ha hecho á la medicina práctica un servicio no menos señalado que á la nosografía, estableciendo el tratamiento racional de cada forma de espermatorrea, é introduciendo en la terapéutica de esta enfermedad una medicacion sumamente provechosa, es decir, la cauterizacion.» (Monneret y Fleury, *Compendium de méd. prat.*, t. VII, p. 555-571).

GÉNERO TERCERO.

ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES.

»División.—Consagraremos un capítulo muy corto á la patologia general del riñon, para describir en seguida las enfermedades que afectan: 1.º la sustancia renal; 2.º los cálices y la pelvis. Las enfermedades de la cubierta del ri-

ñon se describirán al mismo tiempo que las de su parenquima.

Enfermedades de los riñones en general.

»SINTOMATOLOGIA. — Las enfermedades que afectan el riñon pueden conocerse: 1.º por los diferentes métodos que tienen por objeto comprobar los cambios de forma, volumen, situacion y consistencia del órgano afecto, y 2.º por el exámen de la orina.

»*La inspeccion* permite muchas veces reconocer la presencia de un tumor que sobresale en la region lumbar, el vacio, la fosa iliaca ó el abdomen. Esta prominencia está formada por el riñon aumentado de volumen, como en los casos de cáncer, ó por la distension de los cálices y de la pelvis por pus, cálculos, etc. La palpacion y sobre todo la percusion aumentan mas la certidumbre de los síntomas que suministra la inspeccion.

»La presion verificada en las regiones lumbares, y sobre todo en el vacio y por detras inmediatamente debajo de la última costilla falsa, donde el riñon está situado superficialmente, da á conocer el volumen, la forma y estension, del tumor formado por el órgano enfermo. Puédese al mismo tiempo que se comprime con una mano puesta por detras, llegar á la superficie anterior del riñon, deprimiendo con la otra la pared abdominal; por cuyo medio se aprecia aproximadamente el grueso del órgano. Tambien se conocen por la presion los vicios de situacion de los riñones y su grado de sensibilidad. El dolor que corresponde á las afecciones renales, es profundo, y se siente hácia atrás á la altura del músculo cuadrado de los lomos; mientras que el que depende de las enfermedades de los demas órganos, ocupa mas particularmente las partes anteriores del abdomen.

»La fluctuacion rara vez es muy evidente y no se manifiesta sino en circunstancias bastante raras, en que está muy adelgazado el tejido renal, como en la dilatacion de los cálices y de la pelvis, en los abscesos y en los casos de bolsas acefalocísticas. La dilatacion de los uréteres determina los mismos síntomas. En algunos reblandecimientos cancerosos del riñon, es tal la blandura de los tejidos afectos, que pudiera creerse que existia un liquido. Hemos observado un caso de esta especie, en que al hacer la autopsia se vió un riñon canceroso enorme, con la sustancia encefaloidea casi en estado liquido.

»Nunca debe omitirse la percusion en el estudio de las enfermedades renales. Sin embargo, es preciso reconocer que este género de esploracion, que ofrece grandes dificultades y exige mucho hábito, no puede servir sino cuando la hipertrofia del riñon y la dilatacion de sus conductos han llegado ya á un grado considerable. La percusion puede ayudar á reconocer si esta entraña ha sufrido una dislocacion y no ocupa su situacion natural. Piorry ha insistido en las importantes aplicaciones que pueden hacerse de este método de esploracion, al formar el diagnóstico de las enfermedades renales (*Traité de diagnostic.*, t. II, p. 332).

»*El dolor* es un *signo fisiológico* de mucho valor: ordinariamente es sordo, y viene acompañado de una desazon indefinible, que el enfermo refiere al sitio donde la anatomia enseña que está situado el riñon (Piorry, loc. cit., p. 375). Muchas veces se confunde con un dolor reumático de los músculos de los lomos. En otros casos, que no son raros, no se manifiestan los dolores sino comprimiendo con fuerza la region lumbar. Hemos dicho que se perciben profundamente á uno y otro lado de la columna vertebral; y con frecuencia se propagan hácia las íngles, el bajo vientre, y descienden hasta los testículos y aun hasta los muslos, recorriendo el trayecto de los nervios. El dolor que sigue esta direccion depende, ó de una flegmasia aguda del parenquima renal, de los cálices, de la pelvis, ó de los uréteres, ó de la presencia de cálculos, de coágulos de sangre ó de cualquier otro producto morboso retenido en estos conductos, y mas particularmente en el último. Estos dolores son continuos ó intermitentes, segun que su causa persiste, ó cesa para reproducirse muchas veces, como en el mal de piedra (cólicos nefríticos).

»El dolor sordo del riñon puede depender de una simple hiperemia ó de una inflamacion del órgano; es bastante raro en la enfermedad de Bright y en las degeneraciones renales; á veces solo se siente al tiempo de andar, toser, estornudar, ó cuando el enfermo hace esfuerzos para levantarse ó moverse en su cama.

»*Las alteraciones de la orina* son los mejores signos de las enfermedades de los riñones y de los conductos escretorios de la orina; asi es que nunca debe omitirse este estudio cuando se trate de formar el diagnóstico. A él se deben los rápidos progresos que de algun tiempo á esta parte ha hecho la patologia de los riñones.

»En las enfermedades renales conviene tambien averiguar, si el acto de orinar se verifica con facilidad, con ó sin dolor, en épocas distantes ó muy próximas; si el chorro de la orina tiene sus dimensiones naturales; por último, si la cantidad del líquido orinado en las veinticuatro horas está aumentada, disminuida, ó si hay supresion de orina. El conocimiento de estas diferentes particularidades es indispensable para fundar el diagnóstico. La disminucion, y sobre todo la supresion de la orina, anuncian que se ha formado en algun punto de los conductos escretorios un obstáculo pasagero ó permanente; y si por el cateterismo se conoce que la uretra y la vejiga estan exentas de alteracion, debe creerse que existe un cálculo ó un producto morboso en las vias que debe recorrer la orina antes de llegar á su receptáculo. Puede suspenderse el acto de orinar porque no se verifique la secrecion, como su-

cede en las flegmasias agudas del riñon y en los últimos dias de la enfermedad de Bright. Cuando se observa esta supresion no tarda en verificarse la muerte.

»No se olvide nunca que la vejiga, la prostata y la uretra, presentan á menudo alteraciones cuya existencia importa conocer, si se quiere establecer con alguna certidumbre el diagnóstico de la enfermedad renal; asi es que la retencion de la orina en la vejiga, cualquiera que sea su causa, determina la distension de los uréteres, de los cálices y de la pelvis, y muchas veces su inflamacion.

»La influencia que ejercen las enfermedades de los riñones sobre las funciones genitales no da lugar á ningun síntoma importante. Háse dicho que estas afecciones podian ocasionar la impotencia, lo que está lejos de hallarse demostrado. La hipertrofia del riñon, la enfermedad de Bright y otras alteraciones provocan, segun varios autores, metrorragias y abortos (V. *Enfermedad de Bright*).

»El estudio de la alteracion que pueden producir en las diferentes funciones las enfermedades renales, enteramente descuidado hasta estos últimos tiempos, ha adquirido en la actualidad tanta importancia para ciertos patólogos ingleses, que han llegado á atribuir á las afecciones de dichos órganos las alteraciones y los trastornos funcionales mas distintos por su sitio y por su naturaleza. No pocas enfermedades del corazon, tisis pulmonales y lesiones del hígado y del cerebro, les han parecido depender de las alteraciones renales (V. *Enfermedad de Bright*).

»Las funciones digestivas permanecen mucho tiempo exentas de toda aspecie de alteracion. Cierto es que se manifiestan vómitos, sed y diarrea en la enfermedad de Bright, y sed incesante en la diabetes; pero hay en estas enfermedades una pérdida estraordinaria de líquidos por el esceso y la perversion de la secrecion urinaria. Hay mas, si las funciones digestivas y las de los demas aparatos se alteran tan considerablemente en algunas enfermedades del riñon, no tanto ha de atribuirse á estas últimas, como á las alteraciones generales que son su efecto inmediato: tal es el verdadero origen de los numerosos desarreglos de los aparatos de secrecion, asi como de las hidropesias y de la alteracion de los fluidos. Obsérvanse mas particularmente estas consecuencias en la degeneracion granulosa de los riñones, en la diabetes, y en todas las enfermedades en que no tardan en generalizarse las alteraciones funcionales. El movimiento febril, poco marcado en las afecciones crónicas, presenta exacerbaciones cuotidianas hácia los últimos tiempos. Muchas veces es dificil decir si la fiebre depende de la enfermedad de los riñones, ó mas bien de las muchas complicaciones que frecuentemente la acompañan.

»*Las alteraciones de la sangre* que dependen de las enfermedades de los riñones suministran síntomas preciosos. La disminucion de la albumina, de las materias salinas y de los glóbulos, y la poca densidad del suero, son escelentes caractéres de la enfermedad de Bright. Lo mismo sucede respecto de la presencia de un principio nuevo en la sangre, como por ejemplo la urea (V. *Enfermedad de Bright*) ó del azúcar en la diabetes.

»Etiologia.—Las afecciones de los riñones se combinan á menudo con otras enfermedades que tienen manifiesta influencia en su produccion; sin embargo pueden existir solas con independencia de cualquiera otra. La inflamacion aguda y crónica del tejido renal, de los cálices y de la pelvis, se desarrolla á veces sin causa conocida; pero en otros casos, mucho mas comunes, se observa una alteracion en la secrecion urinaria y en su producto, que esplica su manifestacion; asi, por ejemplo, el depósito de arenillas y de cálculos ocasiona no pocas afecciones de la sustancia del riñon y de sus conductos. La alteracion de la orina procede á veces de un vicio de la sangre, que contiene sustancias que no existen en ella en el estado normal; la presencia de la materia azucarada en la orina de los que padecen diabetes depende, segun algunos autores, de una causa semejante. En otros casos proviene la enfermedad de diferentes elementos de la sangre que deja pasar el riñon: la hematuria y la formacion de ácido úrico deben referirse á este género de alteracion. Algunos autores pretenden que el paso de la albumina por la sustancia del riñon produce la degeneracion granulosa de este órgano (*Enfermedad de Bright*), la cual seria una especie de obstruccion de los conductos urinarios ocasionada por la albumina. Pero dejemos á un lado estas hipótesis y recordemos solamente, que las alteraciones de la orina y las de la sangre son causas de afecciones de los riñones. La patologia humoral necesita emprender largos trabajos para descubrir estas alteraciones, principalmente las de la sangre.

»Las enfermedades que obran con mas seguridad alterando las funciones de los riñones y á la larga la estructura de estos órganos, son las del corazon. Diferentes grados de congestion, la nefrorragia y quizá tambien las degeneraciones amarilla y granulosa del riñon, son efecto de alteraciones acaecidas en la circulacion y en la nutricion de este órgano, que como el hígado y otras vísceras, esperimenta la influencia de las enfermedades del corazon (V. *Enfermedad de Bright*). Las afecciones del cerebro y de la médula espinal, que como es sabido, ocasionan retenciones ó incontinencias de orina, dan lugar á flegmasias de la vejiga, de los uréteres y de la pelvis, y por consiguiente á enfermedades del riñon.

»Las enfermedades del hígado ejercerán probablemente alguna accion sobre los riñones; pero su accion patogénica es poco conocida; solo se ha visto que disminuian algunas veces la secrecion de la urea. Nadie ignora que la

materia colorante de la bilis pasa en gran proporcion á la orina de los ictéricos. El cáncer del hígado, la cirrosis, y la congestion crónica parecen favorecer el desarrollo de las alteraciones de los riñones. A esto se reduce cuanto se sabe acerca de las relaciones que unen al hígado con los órganos de la secrecion urinaria.

»Los médicos ingleses han considerado los escesos en la bebida como causa frecuente de las enfermedades de los riñones, y principalmente de su degeneracion granulosa. Tampoco deja de ejercer alguna influencia en estas enfermedades la cantidad de alimentos. Se ha dicho que los escesos venéreos y la masturbacion obraban de un modo funesto en los riñones.

»Rayer reasume del modo siguiente cuanto se sabe de positivo relativamente á la etiologia. «Las condiciones mas ordinarias de las enfermedades de los riñones son: en los recien nacidos los vicios de conformacion y algunas inflamaciones esteriores; en los niños los cálculos vesicales y la diatesis tuberculosa; en los adultos y en los hômbres de edad madura las estrecheces de la uretra, el reumatismo y la gota, la impresion del frio y de la humedad; en las mujeres las preñeces repetidas; en los dos sexos las flegmasias catarales y las inflamaciones contagiosas de las partes genitales; en los viejos las enfermedadesde la prostata y de la vejiga, las cerebro-espinales con parálisis y la diatesis cancerosa (*Taité des maladies des reins*, tomo I, pág. 5, en 8.°; París, 1839).

»Clasificacion.—Entre las numerosas enfermedades de los riñones, unas fectan: 1.° la sustancia misma del órgano; 2.°los conductos escretorios de la orina (cáliz, pelvis y ureter); y otras consisten en alteraciones e la secrecion urinaria. Rayer clasifica del mdo siguiente las enfermedades de los riñones 1.° inflamacion de la sustancia del riñon *(nefritis)*, de los cálices y de la pelvis *(piélitis)*, le estos últimos depósitos y del riñon *(pielo-nefritis)*; 2.° hemorragias; 3.° hiperemi y anemia; 4.° hipertrofia y atrofia; 5.° dilacion de los cálices y de la pelvis; 6.° enfermdades de los tejidos elementales del riñon; 7.°desarrollo de tejidos homologos *(fibroso, cartilqinoso, grasiento y óseo)*; 8.° heterologos *(cacer, tubérculos, melanosis)*, de cuerpos animados é inanimados; 9.° gangrena; 10 anomaas; 11 alteraciones de la orina (loc. cit., t. I p. 38).

»Encuéntranse en los tratadosde medicina y cirujia muchas observaciones d enfermedades de los riñones que indicaremos al hablar de cada enfermedad renal en paticular. Nos seria imposible trazar de un mdo general la historia y bibliografía de estas efermedades; por lo que solo diremos que su estudio médico data solo desde la época en que ls observadores empezaron á comprobar con análisis química las alteraciones de la orin. A fines del último siglo y en este, se han dedcado los médicos ingleses á estudiar estas alteraciones en las hidropesias, y particularmente en la diabetes. En las colecciones de Morgagni y de Lieutaud se encuentran muchos hechos de anatomia patológica, que pueden servir para el estudio de las enfermedades de los riñones; pero era difícil reunir unos materiales tan esparcidos, y esta ha sido en gran parte la causa de que la patologia de los riñones haya estado tan descuidada en Francia. A Rayer pertenece el honor de haber reunido con mucha erudicion los hechos contenidos en los anales de la ciencia, á los cuales ha añadido el resultado de sus propias observaciones, y de las numerosas investigaciones á que se habia dedicado hace muchos años. Su tratado de las enfermedades de los riñones, donde se encuentran reunidos tan preciosos datos, no podia menos de ser muy bien acogido; pues está lleno á la vez de hechos clínicos, que hacen su lectura necesaria al práctico, y de estudios bibliográficos, en los cuales se encuentra una indicacion esacta de todos los trabajos importantes que se habian publicado anteriormente. Rayer ha sido el primero que ha dado á luz en Francia un tratado completo de las enfermedades de los riñones, contribuyendo en gran manera á ilustrar esta parte esencial de la patologia interna (*Traité des maladies des reins*, t. I á III, en 8.°; París, 1839-1841)» (Monneret y Fleury; *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 326 y siguientes).

Procedamos ya al estudio de las enfermedades de los riñones en particular.

Lesiones de la secrecion urinaria.

ARTICULO I.

De la diabetes.

»Etimologia.—La palabra *diabetes* se deriva de διαβαίνω, yo paso por en medio, de donde διάβημα, *transitus*, *transitio*; διαβάτης; *trajector*; διαβήτης i. q. σταφυλή προσαγώδιον, «instrumentum lignis curvis dirigendis inserviens, »perpendiculum, norma, linea; est item, circi»nus, à divaricatis cruribus; est præterea *sipho*. »Ad cujus similitudinem dictus etiam morbus »ille: eo nomine appellatus, quod humor corpo»ris nullo in loco constitit, sed subinde de loco »in locum διαβαίνει, pertransit, non aliter »quam per siphonem aqua» (H. Stephan; *Thes. ling. gr.*, vol. II, p. 1114).

»Sinonimia.—*Urinæ nimium profussio*, de Celso; *polyuria*, de Seidel; *diabetes anglicus*, de Mead y Sauvages; *diabetes mellitus*, de Cullen y Sagar; *urorrhea*, de Swediaur; *phthisuria*, de Reil; *diabetes saccharina*, de Hufeland; *phthisuria sacarina*, de Nicolás y Gueudeville, y *diabetes*, *diabetes sacarina*, de Pinel.

»Definicion y division.—Antes que esperimentos esactos hubiesen demostrado el caracter esencial de la diabetes, no podia basarse su de-

finicion sino en consideraciones de poca importancia, si no falsas, y sobre circunstancias morbosas inconstantes é inciertas.

»No teniendo en cuenta mas que la cantidad, ordinariamente considerable, de orina que evacuaban los enfermos, definia Galeno la diabetes una diarrea urinosa *(lib. de cris.)*; Areteo, una consuncion urinosa, un derrame colicuativo de orina *(De caus. et sign. morb. diut.*, libro II, cap. II), y Celso, una enfermedad en la cual la cantidad de orina escretada iguala á la masa total de líquidos introducidos en el estómago *(De med.*, lib. IV, cap. XX); definicion tanto mas viciosa, cuanto que la proporcion que por ella se establece nunca existe de una manera esacta, y que muy á menudo la cantidad de secrecion urinaria escede con mucho á la de las bebidas. Teniendo en cuenta Sauvages algunos fenómenos sintomatológicos ordinariamente unidos á la abundancia de la miccion, llamó diabetes á la emision de una cantidad considerable de orina *inmediatamente despues de beber, acompañada de una sed considerable.* Como viese Cullen que los caractéres físicos de la orina estaban ordinariamente alterados, creyó que no debia olvidarse esta circunstancia; pero contentándose con indicarla vagamente, sin tratar de apreciarla, dice que la diabetes es una evacuacion crónica de una cantidad considerable de orina *muchas veces viciada.* Boerhaave fue mas preciso, y entrevió el verdadero caracter de la enfermedad cuando dijo: «Diabetes »est crebrior, quam pro naturali more, egestio »urinæ, non acris neque salsæ, *sed dulcis*, al»bæ, crassæ, *chyli pre se ferentis speciem» (Prælect.*, vol. III, §. 364). Haller quiso hacer todavia mas esacta esta definicion; pero no hizo mas que introducir un error al modificarla de este modo: «*Diabetes in quo chylus cum orina »exit*, quem agnoscas ex lotii dulci sapore, et »qui ad hecticam ducit» (*Elem. phys.*, t. VII, pág. 351).

»La presencia de una materia azucarada en la orina diabética, vislumbrada por Pool y Dobson en 1775, justificada por Cawley en 1778, por Frank en 1791, y apreciada en fin rigurosamente por los esperimentos químicos de Nicolás de Gueudeville en 1803, no se adoptó por estos autores como base de la definicion del mal; y Bouillaud y Andral tampoco la han tenido presente con este fin, puesto que á su modo de ver «la diabetes es una enfermedad, cuyo principal síntoma consiste en una escrecion de orina mucho mas considerable que en el estado normal.» Rochoux, por el contrario, la toma en consideracion, definiendo la ftisuria sacarina: «una enfermedad caracterizada principalmente por una escrecion muy abundante de orina, *mas ó menos cargada de materia azucarada.*»

»Por nuestra parte, persuadidos de que la palabra *diabetes* debe representar una individualidad morbosa, y no comprender bajo una misma denominacion gran número de afecciones esencialmente distintas é independientes entre si, miramos la orina *azucarada* como el caracter esencial de la ftisuria y la definiremos del siguiente modo.

»*Una enfermedad en la cual la orina, cualesquiera que sean su cantidad, sus caractéres físicos ó químicos y los fenómenos que acompañen á su evacuacion, contiene en proporcion variable, una materia sacarina, cristalizable y análoga al azucar de la uva.*

»Las divisiones establecidas por los autores en la descripcion de la diabetes no tuvieron tampoco por base durante mucho tiempo, sino hipótesis gratuitas sobre la naturaleza de las causas de esta afeccion, siendo la mas racional la de Cullen, quien establece una diabetes idiopática, subdividida en diabetes melosa é insípida, y otra sintomática, subdividida tambien en histérica, artrítica y artificial ó producida por la ligadura de los vasos del bazo, como la observada por Malpigio en un perro que sometió á este esperimento (Cullen, *Elem. de méd. prat.*, t. III, p. 147, edic. de Delens; 1819). Trnka distinguió una diabetes verdadera, comprendiendo en ella la lienteria urinaria y la diabetes quilosa ó láctea, y una diabetes falsa, subdividida en continua, periódica y colicuativa. Bursieri admitió diabetes verdadera, falsa y quilosa, Bary, diabetes colicuativa, nerviosa y orgánica, y Sauvages distingue hasta siete especies: la legítima, la melosa, la histrica, la artificial, la vinosa, la artrítica y la foril. El mismo Desault admitió en 1791 diabetes por defecto de asimilacion, por relajacion de los riñones y por una irritacion de estos órganos. Sprengel (*Handb. der pathol.*, th. II, p. 166) estableció dos nuevas variedades bajo el nombre de *diabetes spasticus* y de *diaetes torpidus;* denominaciones que Dreyssig reemplazó con las de *diabetes typhus* y *diabtes paralysis* (*Handb. der med. klin.*, bd. II, th. II, p. 359). Despues de las investigaciones de Cawley, la mayor parte de los patólogos se han contentado con distinguir una diabetes sacarina y otra no sacarina; cuya division ha sido adoptada por Andral (*Cours de path. inter.*, t. II, p. 367) y Bouillaud (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. VII, p. 249).

»La definicion que nosotros hemos adoptado nos impide admitir muchas especies de diabetes. Renunciamos pues á describir bajo este nombre las variedades establecidas por los autores; tanto mas, cuanto que muchas de ellas son evidentemente simples modificaciones producidas en la cantidad de la secrecion urinaria, ora por causas fisiológicas, y ora por enfermedades estrañas á los riñones; y las demas tienen ya su sitio marcado en los cuadros nosológicos. Limitando asi nuestro objeto á los términos de una definicion precisa, creemos obedecer á las consideraciones que imperiosamente nos impone el estado actual de la ciencia, sin que baste á hacernos retroceder la circunstancia de que nuestra opinion crea una di-

ficultad cuya importancia conocemos muy bien. En efecto, haciendo de la presencia de una materia azucarada en las orinas el caracter esencial de la diabetes, en lugar de considerarla con Dezeimeris (*Mém. de la soc. méd. d'émul.*, t. IX, p. 211) «*como una circunstancia enteramente secundaria, accidental y que falta muchas veces*», no debemos en rigor tener en cuenta, para hacer la historia de esta enfermedad, sino un corto número de observaciones modernas en las que se ha demostrado químicamente esta materia sacarina, desechando todas las que son anteriores á Cawley. Sin embargo, reflexionando sobre esto hemos creido, que si bien muchas de ellas deben considerarse como completamente estrañas á la diabetes tal como nosotros la hemos definido, tambien hay otras muchas que por los síntomas, el curso, la duracion y la terminacion de la enfermedad, y por el *sabor azucarado* que presentaba la orina, se refieren evidentemente á la ftisuria sacarina, que por otra parte es tal vez la única afeccion en que se observa un aumento escesivo, continuo y *prolongado largo tiempo*, de la secrecion urinaria. Segun Reil (loc. cit., bd. III, p. 476) ni aun existe en la ciencia observacion alguna auténtica de diabetes insípida, y por lo tanto henos creido deber utilizar en este caso algunos documentos, cuya importancia y esactitud sometenos sin embargo al crisol de observaciones ulteriores.

»En este supuesto, empecemos el estudio de la diabetes ó *ftisuria sacarina* pr las lesiones orgánicas que á ella se refieren.

»Alteraciones patológicas.—Si bien es verdad, como dicen Reil, Clarke y Hecker, fundándose en numerosos hechos que sucede frecuentemente no encontrar altracion alguna en los riñones de los enfermo que han sucumbido á la diabetes; tambien es preciso reconocer que estos órganos ofrecen con muchísima frecuencia varias lesiones, cyo valor examinaremos mas adelante.

»Morgagni, Monro, Hertzq, Cawley y Hecker han encontrado reblanecida la sustancia de los riñones; J. Cloqet la ha visto sumamente friable; Lieutaud h indicado su trasformacion en una materia gr homogénea; Beer ha comprobado la presencia de hidatides; Baillou la de cálculos; Ruisquicha encontrado muchas chapas cartilaginosas en la sustancia cortical; Reil, Rutherford, Duncan y Baillie han hecho mérito de una ostruccion de los vasos sanguíneos, y el último ha visto la superficie de los riñones cubiert de un tejido reticular, formado por una red d venas dilatadas. Muller y Duncan han encotrado una especie de hinchazon de los nervis, que tenian un volumen tres ó cuatro veces mayor que en el estado normal. Stosch ha vist en un caso la pelvis del riñon considerablemente dilatada.

»La lesion que con mas freuencia se encuentra en la diabetes es, com dice Andral, la simple hipertrofia de los riñones sin alteracion alguna de su tejido. F. Hoffmann ha visto al riñon derecho de un volumen doble del que tiene habitualmente (*Cons. méd.*, cent. II, cas. 85), y muchas veces se han comprobado dimensiones todavia mas considerables. Sin embargo, J. Frank y Muller han visto uno de los riñones atrofiado estando el otro hipertrofiado ó conservando su volumen normal, y Segalas los ha observado atrofiados los dos. Reil, Hecker y Clarke han encontrado los uréteres dilatados y muchas veces aumentada la capacidad de la vejiga, y por el contrario Otto y Dürr la han visto reducida á muy cortas dimensiones, tanto que en un caso solo podia contener una nuez. Las membranas vesicales se hallan ordinariamente engrosadas.

»Michaelis creyó reconocer que los cadáveres de los diabéticos despedian un olor de almizcle; pero otros autores no han hecho tal observacion: sea como quiera, la putrefaccion suele desarrollarse en ellos con bastante rapidez. Duncan ha visto de un aspecto gelatiniforme al poco tejido adiposo que conservan todavia; y Pott un reblandecimiento de los huesos (*Philos. trans.*, 1753, núm. 459). Stosch ha comprobado íntimas adherencias entre la dura madre y el cráneo, y un derrame de serosidad en las cavidades craniana y raquidiana (*Hufeland's journ.*, 1827, st. VII). Tambien en las de las pleuras existen con frecuencia adherencias y derrames, y los pulmones estan casi siempre, segun J. Copland, llenos de tubérculos en diferentes grados de desarrollo. Junker ha visto completamente obliterados muchos ramos del sistema de la vena porta; Dürr una inyeccion de las venas raquidianas, y Luroth un aneurisma de la arteria pulmonal.

»La sangre ha sido objeto de observaciones que merecen particular atencion. Marshall refiere que la ha encontrado separada del quilo en la vena subclavia, y lo mismo dice Michaelis haber observado hasta en las cavidades del corazon (*Hufeland's journ.*, bd. XIV, st. III, p. 66). Despues de una sangria se cubre en ocasiones el coágulo de una costra, que en otros casos falta enteramente. El suero está con frecuencia alterado. Rollo y Dobson le han visto semejante á una emulsion, y segun Nicolás y Gueudeville suele ser mas abundante que en el estado sano. La sangre se presenta de un rojo mas subido y á veces oscuro. Marshall la ha encontrado de color de chocolate. Lo que mas importaba averiguar era si la sangre de los diabéticos presentaba alteraciones en su composicion, y sobre todo si contenia, como han anunciado algunos autores, una materia azucarada semejante á la que se encuentra en la orina.

»Cullen y Dobson habian creido reconocer en el suero un sabor sacarino que fue negado por Rollo y Horne; Richter, Michaelis y Zipp (*Hufeland's journ.*, 1827, st. VII) afirmaron haberlo apreciado manifiestamente probando la misma sangre, mientras que Nicolás y Gueudeville encontraron á este líquido de un sabor in-

sulso y ligeramente *salado*. Habiendo comparado Rollo la sangre de un diabético con la de un hombre sano, vió que la de este último entraba en putrefaccion desde el dia cuarto, mientras que la del primero no ofrecia aun vestigio alguno de semejante fenómeno el dia décimosesto; circunstancia que segun él indicaba la existencia de una materia sacarina diseminada por todo el cuerpo (loc. cit., p. 5 y 10). Pero Nicolás y Gueudeville (*Recherches et exper. sur le diab. sucré*, p. 71), Wollaston (*Ann. de chim.*, 1822, nov., p. 227), Vauquelin (*Journ. de phys.*, t. IV, p. 257), Berzelius, Henry y Soubeiran (*Journ. de pharm.*, t. II, p. 320) no pudieron, despues de numerosos análisis, encontrar un solo átomo de azúcar en una masa considerable de sangre diabética, y lo único que comprobaron estos últimos químicos fué, que la fibrina y la albúmina no presentaban mas que las tres cuartas partes de su proporcion normal.

»A pesar de todo, tomó Ambrosiani una libra de sangre diabética, que sometió á la ebulicion, añadiéndola agua y filtrándola en seguida. Para aislar la materia colorante y las sustancias animales, trató el líquido por el acetato de plomo, que dió lugar á un precipitado espeso de un blanco sucio. El esceso de esta sal fue precipitado á su vez por una corriente de ácido hidro-sulfúrico, y el residuo formó una especie de papilla negruzca, la cual disuelta en agua destilada, se filtró de nuevo, resultando un líquido negruzco, que se sometió á la ebulicion con agua y clara de huevo, hasta que quedó dividido en dos partes por la accion del calórico, una sólida, insoluble y pardusca, y otra liquida é incolora. Sometida esta última á una evaporacion lenta, formó al cabo de algun tiempo un jarabe enteramente semejante al que suministra la orina diabética, y pasadas algunas semanas se formaron cristalitos incoloros, prismáticos y de base romboidea, en una palabra, con todos los caractéres de los del azúcar cande. Tratados por los procedimientos conocidos, el jarabe, que pesaba *una onza*, y los cristales, que tenian *nueve granos* de peso, dieron resultados enteramente semejantes á los que se obtienen con productos análogos estraidos de la orina de los diabéticos (*Froriep's*, *notizen*, b. XLVIII, p. 31). Todavia mas recientemente Gregor de Glascow y el doctor Rees (*Guy's hospit. reports*, oct. 1838) han obtenido tambien resultados análogos analizando la sangre diabética, y el interés que inspira esta grave cuestion nos obliga á indicar detalladamente el procedimiento analítico empleado por este último médico.

»Despues de haber hecho evaporar hasta sequedad doce onzas de sangre en el baño de maria, sometió por muchas horas esta masa desecada y dividida al agua hirviendo; filtró la solucion acuosa, que nuevamente hizo evaporar hasta sequedad; digirió en alcohol á 0,825 de peso específico el residuo desecado por segunda vez; y en seguida filtró esta solucion alcohólica, la decantó, la hizo evaporar hasta sequedad, y trató muchas veces la masa desecada por el éter rectificado, que disolvió la urea y un poco de materia crasa, dejando el azúcar mezclada con el osmazomo y el cloruro de sodio. Disuelta entonces esta masa en alcohol, dió la solucion, despues de evaporada espontáneamente en un vaso plano de vidrio, unos cristales de cloruro alcalino mezclado con azúcar diabética, sustancias fáciles de distinguir y separar echándolas en alcohol, con lo cual se va al fondo el cloruro, mientras que el azúcar queda sobrenadando y puede separarse fácilmente por medio de una espátula.

»Mil gotas de suero diabético dieron por el análisis los elementos siguientes:

Agua.	908,50
Albúmina, que suministró por la incineracion vestigios de fosfato de cal y de óxido de hierro.	80,35
Materias grasas.	0,95
Azúcar diabético.	1,80
Estracto animal soluble en el alcohol, urea.	2,20
Albuminato de sosa.	0,80
Cloruro alcalino con señales de fosfato, de carbonato alcalino y de sulfato procedente de la incineracion.	4,40
Pérdida.	1,
	1000,00

«Estraño mucho, añade el doctor Rees, que al cabo de tanto tiempo no se haya comprobado todavia la presencia del azúcar en la sangre de los diabéticos aun sin necesidad de separarla; porque el suero de la sangre mezclado con el agua deja desprender al cabo de algunos dias ácido carbónico; lo cual unido al sabor dulzaino y al olor meloso que despide el estracto alcohólico evaporado, basta para indicar la presencia de la sustancia sacarina.»

»Estos datos no son tal vez suficientes para resolver este importante problema de patogenia, que solo ellos sin embargo pueden decidir; pero autorizan no obstante á creer, á pesar de la autoridad de Vauquelin y de Berzelius, que nuevos esperimentos hechos de cierto modo, y acaso como quiere Stosch, con la sangre arterial estraida poco tiempo despues de la digestion, conducirian á resultados semejantes á los obtenidos por Ambrosiani y el doctor Rees; demostrándonos asi la verdadera naturaleza de la diabetes, esplicándonos sus principales síntomas.

»Tambien se han comprobado en el aparato digestivo algunas alteraciones patológicas, aunque sumamente variables. Berndt ha visto dilataciones considerables del estómago y de los intestinos gruesos, é inyectada, inflamada y reblandecida algunas veces, la mucosa gastro-intestinal (*Bulletin des sc. méd.*, t. V, pág. 25); pero este estado es siempre consecutivo, y se

halla muy distante de tener la importancia que le ha atribuido Dezeimeris, fuera de que dicha membrana se presenta muchas veces pálida (Porter) y sin ninguna alteracion. Marshall y Stosch la han encontrado cubierta de una capa negruzca. Mead ha visto al hígado esteatomatoso, y Mascagni y Juncker endurecidos é hipertrofiados los gánglios mesentéricos. Los vasos quilíferos y el conducto torácico pueden ofrecer tambien una dilatacion mas ó menos considerable. Sometida la saliva al exámen químico por Vauquelin y Segalas, no ha presentado alteracion alguna; y los jugos gástrico, pancreático y biliario, analizados por Nicolás y Gueudeville han parecido hallarse alterados *por la presencia de sustancias nutritivas no animalizadas.*

»En resúmen, nada mas variable, mas inconstante y menos característico, que las alteraciones patológicas que deja en pos de sí la diabetes, y que algunas veces faltan completamente. Si se intenta sacar alguna deduccion nosogénica de las que se han encontrado en los riñones en particular, se ve manifiestamente que unas son debidas á efectos mecánicos, y la mayor parte de las restantes deben considerarse como determinadas consecutivamente por una sobreactividad de secrecon, cuya causa es todavía desconocida.

»Síntomas.—La diabetes no empieza con tanta frecuencia como se cree generalmente de una manera repentina; pero como por lo comun no se conoce la enfermedad sino cuando la cantidad de las orinas se ha hecho ya bastante notable, y como este aumento puede no manifestarse sino muchos meses despues de la época en que el análisis químico suele ya demostrar la presencia del principio sacarino; resulta que frecuentemente se ha desconocido los prodromos, refiriéndolos á veces á otra afeccion. Segun Haase (*Ueber. die rkenntn. und cur der chron. krankh.*, bd. III abth. I, página 327) preceden casi siempre un abatimiento general y un apetito cada vez mas insaciable á estas modificaciones de la secrecion urinaria: las digestiones se mantieen en estado normal; las evacuaciones alvinas son regulares, ó bien por el contrario sobrevienen estreñimiento, hemorroides, vómitos enflaquecimiento, calor en el epigastrio, aginas, tumefaccion de los gánglios del cuel, salivacion, escalofrios y cefalalgia (Zipp., *Arkw. heilung eines diab. mell. Hufeland's urn.*, 1827, st. VII, p. 13). Krüger-Hansen a visto anunciarse la diabetes por la icteric, el escorbuto, ó por dolores articulares. Los órganos de la respiracion se hallan algunas veces afectados, y puede observarse, ya una broquitis franca, ya una tos seca, nerviosa y acompañada de disnea: la piel está seca, cubierta de pápulas de liquen, ó de pústulas impetiginosas ó aun porriginosas, y aparecen edemas en las estremidades inferiores (Naumann, *Hdb. der med. klin.*, t. VI, p. 560). Wedel ha visto la enfermedad precedida de hipocondria (*Diss. de diabete*, Jena, 1717), y F. Hoffmann de ataques histéricos (*Consult. et respons. méd.*, cent. II, cas. 75).

»Estos fenómenos, que tienen una duracion y una intension variables, desaparecen algunas veces completamente cuando la secrecion urinaria comienza á presentar modificaciones apreciables á los sentidos; en cuyo caso se halla caracterizada la enfermedad por los síntomas que vamos á estudiar metódicamente.

»A. *Síntomas suministrados por el examen del aparato génito-urinario.—1.° Cantidad de la secrecion urinaria.*—Uno de los fenómenos mas constantes entre los que indican el desarrollo de la diabetes es el aumento progresivo de las orinas; pero aqui debe establecerse una distincion importante y que no hemos encontrado indicada en los autores. En efecto, ya se deja conocer que puede la cantidad del líquido aumentar de una manera absoluta conservando sus relaciones normales con la de las bebidas introducidas en la economia, ó bien por el contrario, sufrir un aumento relativo, cuya evaluacion tendria algun valor diagnóstico si no fuesen tan variables sus elementos. Fothergill ha observado que las orinas escretadas eran á las bebidas :: 4 : 3, P. Frank :: 5 : 3, Berndt :: 7 : 4, y Puchelt :: 21 : 9. Cardanus ha visto un enfermo, que no bebiendo mas que siete libras de líquido en las veinticuatro horas, escretaba sin embargo treinta y seis de orina (*De rerum var.*, lib. VIII, cap. 36); y el observado por Livizan (Reil, loc. cit., bd. III, aufl. II, p. 175) segregó 4,170 libras de este líquido en noventa y siete dias, es decir cerca de 43 en las veinticuatro horas, aunque no ingiriese diariamente en su estómago sino dos libras de sustancias, peso igual enteramente al de sus evacuaciones alvinas. Pero Neumann (*Von diab. med. conv. blatt*, 1830, n.° 16), Dupuytren y Thenard (*Bull. de la Fac. de méd.*, t. I, p. 37) han encontrado iguales los dos términos de la proporcion; y Kruger-Hansen ha comprobado tambien en un caso que las orinas no eran á las bebidas sino :: 11 : 13. Diferencias no menos notables se han observado tambien en la cantidad absoluta de la orina. Dolaeus (*Epist.*, p. 220) la ha visto subir á 18 libras en las veinticuatro horas; Dodonaeus (*Obs. méd.*, c. XLII) á 40; Savanarola á 48 (*Pract.* tract, VI, cap. XIX) y Jarrold (*Dunc. méd. ann.*) á 50 y 70. Se lee en los *Comentarios de Bolonia* (t. I, p. 145) que dos enfermos afectados de diabetes orinaron el uno 1,471 libras en noventa y siete dias, y el otro 3,674 en el mismo espacio de tiempo. Baumes (*Journ. de méd.*, t. LVI) asegura que las evacuaciones cuotidianas pueden pesar 156 libras, y Fonseca ha elevado su cálculo á la enorme cifra de 200 libras.

»2.° *Caractéres físicos de la orina.*—Wilis compara la orina de los diabéticos á la de los hidrópicos. Mead ha encontrado en ella el olor, el olor y el sabor de la miel; pero si es cierto

que rara vez se halla diáfana y natural, tambien es preciso convenir en que puede ofrecer caractéres físicos sumamente variables. Por lo comun es turbia, sedimentosa, pudiendo ser de un color amarillo de paja ó de limon (Neumann, loc. cit., p. 571), gris, parduzca ú opalina. Nicolás de Gueudeville la ha encontrado inodora, mientras que otros observadores le asignan un olor empalagoso, aromático, ágrio, de osmazomo, de carne de ternera, ó de violetas. Su sabor ha parecido dulce y meloso en la mayoria de los casos; sin embargo Dupuytren y Thenard le han comparado al de la sal marina.

»3.º *Caractéres químicos de la orina.*—Echando en la orina diabética sub-acetato de plomo, se precipita la materia animal; si entonces se filtra, y despues de haber precipitado el plomo por medio de una corriente de ácido hidro-sulfúrico, se evapora hasta la consistencia de jarabe, se obtienen cristales de una sustancia que Chevreul, Dumas y Mialhe han demostrado ser una azúcar análoga á la de uvas, contra la opinion de Chevalier, que la queria asemejar á la azúcar de caña (Raspail, *Chimie organique*, p. 30). Tratando la orina por los procedimientos conocidos de evaporacion, se obtiene tambien el mismo resultado (Nicolás y Gueudeville, *Rech. et esp. sur le diab. sucré*, p. 57).

»Continuando en seguida el análisis de la orina para aislar sus elementos, se encuentra, segun Nicolás y Gueudeville (loc. cit., p. 98) que no contiene ni urea, ni ácidos úrico ni benzóico, y que las sales amoniacales y fosfóricas se hallan en corta cantidad. Pero estas aserciones estan desmentidas por las observaciones mas recientes de Barruel, que comprobó la presencia de la urea, de Mialhe que descubrió la urea y el ácido urico (*Arch. gén. de méd.*, t. VII, p. 260), y de Schindler que reconoció el ácido benzóico (*Rust's mag.*, bd. XXXVII, hft. 2).

»En resumen, si algunos de los resultados que se han obtenido por el examen químico de la orina diabética son todavia inciertos y mal establecidos, hay uno que constituye un síntoma desgraciadamente muy raro en medicina, síntoma á la vez constante y patognomónico, cual es la materia azucarada, cuya relacion con el líquido que la contiene no es sin embargo una misma en todos los casos. Vauquelin y Segalas (*Journ. de phys.*, tomo IV, p. 355) han estraido 25 partes de azúcar de 175 de orina; Mialhe (loc. cit.) no ha encontrado mas que 31 partes de azucar en 500 de orina; 12 onzas de líquido han dado 246 granos de materia sacarina á Dulk (*Huf. journ.*, 1827, st. VII, página 55), y 100 partes suministraron á Lehmann 5,8151 (*Schmidt's jahrb.*, bd. IX, p. 33).

La cantidad relativa de azúcar disminuye, segun Cawley (*Lond. med. journ.*, vol. IX), á medida que se acerca la enfermedad á la curacion ó á una terminacion funesta: Bouchardat establece como ley, que la sustancia azucarada está en relacion directa con la cantidad de pan, azúcar ó féculas de que hace uso el enfermo (*Mém. sur le diab., lu à l'Acad. des sc.*, 12 de marzo, 1838).

»4.º *Emision.*—Las ganas de orinar se hacen tanto mas frecuentes, cuanto mas se aumenta la secrecion y mayores son los progresos que hace la enfermedad. P. Frank ha notado que se manifiestan especialmente por la noche y á la madrugada. A veces son tan imperiosas, que Nicolai ha visto enfermos que no teniendo tiempo para coger el vaso, se orinaban en la cama (*Progr. de diab. ex spasmo*, p. 8). Por lo comun no es dolorosa la emision: sin embargo algunas veces va acompañada de una sensacion de frio, ó por el contrario de calor en los hipocondrios. Berndt (*Encycl. Worterb.*, bd. IX) ha visto sobrevenir en un grado avanzado de la enfermedad una incontinencia de orina; mientras que P. Frank ha observado la disuria, la estranguria y aun la iscuria momentáneas.

»5.º *Funciones y órganos de la generacion.*—Dürr y Reil han visto que los diabéticos no tenian ordinariamente ni ereccion, ni deseos venéreos; y Ellioson, que cree que estos síntomas se observan nueve veces entre diez, opina que deja de verificarse la espermatizacion (*Brit. ann. of med.*, agosto 1837). Neumann (loc. cit.) ha visto el escroto péndulo, arrugado y los testículos como atrofiados; Naumann (loc. cit., p. 58) ha observado la hinchazon del prepucio y la fimosis; y últimamente Rollo (*Traité du diab sucré*, trad. por Alyon, página 337) irritacines de la membrana mucosa del glande y un flujo continuo del humor prostático. En las mujeres se suprimen con frecuencia las reglas (Naumann, loc. cit., página 558).

»B. *Síntomas que suministra el examen de las funciones del aparato respiratorio.*—Como hemos dicho ya al hablar de los prodromos, tienen alguna veces los diabéticos una tos seca y fuerte, acompañada de disnea, ó bien una bronquitis que da lugar á la espulsion de esputos mucosos y poco abundantes, en los cuales ha encontrado Rollo un sabor azucarado (loc. cit., p. 8): la voz es ordinariamente ronca y muy débil. La tisis pulmonal es una complicacion muy frecuente de la diabetes, que J. Copland la coloca, por decirlo asi, entre los síntomas de esta última afeccion: pronto tendremos ocasion de apreciar esta opinion; bástenos indicarla por ahora.

»C. *Síntomas que suministra el examen del aparato circulatorio.*—El pulso, que ordinariamente se presenta normal ó aun á veces lento, pues se ha visto no latir mas que cuarenta veces por minuto, es pequeño y débil, y solo se acelera en una época avanzada del mal, estableciéndose entonces una fiebre continua ó remitente que acaba casi siempre por hacerse héctica. P. Frank ha visto sin embargo á la

diabetes empezar con un pulso fuerte, frecuente y lleno, y en un caso con una fiebre intermitente terciana (*Epit.*, lib. V, p. 44). Las estremidades inferiores estan en ocasiones infiltradas de un líquido seroso, en el cual han encontrado algunos autores un sabor azucarado.

»D. *Síntomas que suministra el examen de las funciones y aparato de la digestion.*—1.º *Apetito.*—En los diabéticos es ordinariamente irregular, pervertido, voraz, y algunas veces llega hasta la bulimia. Porter ha visto un enfermo á quien apenas bastaban veintiseis libras de alimentos sólidos y veintitres de líquidos para las veinticuatro horas, aunque no evacuase mas que cuatro libras y ocho onzas de materias fecales y veintidos libras de orina (*Lond. med. and phys. journ.*, junio 1820); y otro que fué observado por Dupuytren y Thenard, ingeria todos los dias en su estómago una cantidad de sustancia igual á la tercera parte del peso de su cuerpo. El apetito se aumenta generalmente á medida que la enfermedad hace progresos; sin embargo, Hecker (loc. cit, p. 667) lo ha visto alternar con la anorexia y la dispepsia, y Schonlein ha creido percibir que estaba siempre en razon inversa de la intension de la sed. P. Frank ha encontrado enfermos que solo apetecian sustancias crudas; y Bouchardat asegura, que todos los diabéticos tienen un deseo pronunciado de comer pan, azúcar y alimentos feculentos (loc. cit.).

»2.º *Sed.*—La sed es por lo comun muy viva, sobre todo por la tarde y la noche (Reil, *Ueber d. erkenntn. u. cur der fieber*, bd. III, p. 512). Hildano ha visto beber algunos enfermos diez libras de líquido en una noche (*Obs. méd. chir.*, cent. V, obs. II); Haase (loc. cit.) treinta á cuarenta en las veinticuatro horas, y Zacutus Lusitanus hasta noventa libras (*Prax. med.*, libro II, obs. LXXI. Bouchardat (loc. cit.) se espresa del siguiente modo: «La sed de los enfermos está en razon directa de la cantidad de pan ó de sustancias azucaradas ó feculentas que comen. Por cada libra de fécula beben diez libras de agua poco mas ó menos, que es con corta diferencia la cantidad de este líquido necesaria para que se complete bajo la influencia de la diastasa la trasfonacion de la fécula en azúcar.» Sin embargo, Libeus (*Noct. exerc.* en *Hist. med*, exerc. XI., p. 174) y Silvaticus (*Cons. et resp. méd*, cent. III, cons. XLI) han observado que la natural el apetito de líquidos, y aun otros autores han visto diabéticos que tenian horror á estas sustancias: «Nihil toto morbi hujus (*diabetes*) »tempore virgo bibit, sed hydrophobæ instar »omnia liquida horrebat» (Trnka, *De diabete comment.*, p. 24).

»3.º *Digestion.*—Uno de los fenómenos mas notables en la diabetes es la facilidad y rapidez con que se digiere la enorme masa de alimentos que toman los enfermos, sin que dejen de ser regulares las funciones del estómago y de los intestinos. El único síntoma gástrico que puede observarse, son eructos ácidos frecuentes; y se necesita que esté la enfermedad en un período muy avanzado, para que sobrevengân algunos vómitos, un estreñimiento que alterna con diarrea, calor y dolor en el epigastrio. Pero si las alteraciones de la digestion son raras y poco importantes, no sucede lo mismo con las de la nutricion. Desde el principio de la enfermedad empieza á manifestarse un enflaquecimiento, que progresando sin cesar, termina casi siempre por una emaciacion completa. A pesar de las observaciones referidas por Dolaeus y Camerarius (*Diss. de urina. pult.*, p. 16) puede mirarse este síntoma como constante. El curso de esta demacracion es ordinariamente progresivo con regularidad; no obstante Home dice haber observado un enfermo, en quien aumentaba el peso del cuerpo todos los dias dos onzas y media entre las diez y y las doce de la mañana, disminuyendo en seguida cuatro onzas desde las cuatro á las cinco de la tarde.

»4.º *Cavidad bucal.*—La lengua, casi siempre húmeda y natural, está algunas veces seca, roja ó cubierta de una capa amarillenta ó negruzca (*Hufel. journ.*, 1810, sect. X, página 118), Krimer la ha visto de un color *negro de ébano* hasta su base. Las encias pueden estar blandas, rojas, pálidas, de un aspecto fungoso, y doloridas; algunas veces se desarrollan aftas; el aliento se hace fétido; los dientes se alteran, se descarnan, vacilan y caen. Home ha visto un enfermo que perdió diez y seis en poco tiempo. La caries y la odontalgia que se han encontrado con bastante frecuencia, se han atribuido por algunos autores á la accion de los ácidos que los eructos conducen á la boca (Naumann, loc. cit., p. 586). La saliva es poco abundante y espumosa; Rollo (loc. cit., p. 18) la ha encontrado de un sabor dulce, aunque, como ya hemos dicho, el análisis química hecho por Vauquelin y por Ségalas, no ha descubierto en ella ninguna materia azucarada.

»E. *Síntomas que suministra el exámen de los órganos de los sentidos.*—La piel esperimenta casi siempre alteraciones muy notables en la diabetes; se pone seca, roja, escamosa, cubriéndose algunas veces de erupciones de diversa naturaleza, de líquenes, psoriasis, porrigos, impetigos; su sensibidad se hace obtusa y aun desaparece casi enteramente: Naumann ha podido arrancar los pelos que cubren ciertas partes del cuerpo, sin que los enfermos esperimentasen ningun dolor (loc. cit., p. 588); su exhalacion disminuye estraordinariamente; lo cual nada tiene de estraño, «puesto que la diabetes debe producir en las diversas especies de secreciones, efectos análogos á los que determina una evacuacion escesiva de cualquier naturaleza que sea» (Dupuytren, Thenard, loc. cit.). Sin embargo, se han visto enfermos que transpiraban todavia con bastante abundancia, y Graves (*Dub. journal*, setiembre,

1837) ha observado uno que humedecia las sábanas todas las noches. Latham ha encontrado en el sudor un olor de heno (*Facts and opin. concern. diab.*), y Autenrieth asegura haberlo visto dar lugar en el periné á la formacion de cristales de azúcar (Reinhard, *Spec. nosol. und ther.*, bd. II, p. 236). La vision está á veces alterada y debilitada. Se han referido algunas observaciones de opacidad de la córnea por Himly, de catarata por Magendie y Ségalas, y de amaurosis por Berndt (loc. cit., p. 316). El oido se pone duro, y Dreyssyg refiere algunos ejemplos de sordera completa (*Handwörterb der med. klin.*, bd. II, th. I, p. 372).

»F. *Síntomas que suministra el exámen de las funciones del sistema nervioso.*—La progresion y los movimientos son lentos, penosos y se hacen sin vigor; la palabra está torpe; unas veces sobrevienen parálisis parciales ó generales; otras por el contrario se observan convulsiones; se perturban las facultades intelectuales; el enfermo está triste, abatido y en una apatia completa, ó bien sumido en un letargo interrumpido por ensueños espantosos ó por síncopes; viniendo la enagenacion mental ó el idiotismo algunas veces, á colmar los sinsabores de un estado, que los infelices diabéticos procuran á menudo terminar por el suicidio, como ha tenido ocasion de observarlo por dos veces uno de nosotros.

»Curso.—Háyase anunciado la enfermedad por prodromos, ó bien haya empezado de pronto, cuando ya llega á caracterizarse, los síntomas que la acompañan siguen ordinariamente un curso regular y progresivo. Renauldin (*Dict. des sc. méd.*, art. Diab.), segun Nicolás y Gueudeville los ha dividido de la manera siguiente: *Primer grado.* Debilidad general, sed y apetito muy intenso, estreñimiento, calor interno, frio esterior, inquietudes, insomnio, orina inodora, diáfana y sin sedimento; nada de fiebre. *Segundo grado.* Exasperacion de los síntomas precedentes, saliva espesa, piel árida, demacracion, melancolia, ensueños espantosos y fiebre. *Tercer grado.* Todos los síntomas ya indicados llegan á su máximum de intension; el delirio es triste ó bien hay accesos de furor, desesperacion, ceguera, sordera, parálisis, fiebre héctica y marasmo. Fundándose algunos autores en las observaciones referidas por Medicus, han admitido diabetes periódicas; pero es fácil convencerse de que ningun hecho bien comprobado puede justificar semejante opinion (*Gesch. period. halt. krankh.*, bd. I, p. 161). Sin embargo, Berndt (loc. cit., pág. 319) ha visto sobrevenir exacerbaciones muy notables con intervalos regulares, y P. Frank ha encontrado casos, en que todos los síntomas disminuian durante el buen tiempo y en verano, y aun desaparecian completamente durante el curso de una erupcion cutánea ó de una diarrea (loc. cit., p. 42 y 56). Stosch ha observado una remision de seis semanas despues de violentos vómitos. Raimann (*Handb. der spec. path. med. ther.*, bd. II, página 464), Adam (*The méd. works of P. aeg.*, vol. I, p. 432) y Graves (loc. cit.) han visto á la diabetes alternar con la hidropesia. La siguiente observacion es demasiado curiosa para que dejemos de referirla aqui.

»Una jóven de quince años se hallaba afectada hacia catorce meses de una catarata doble, cuyo desarrollo habia sido tan rápido, que en el espacio de veinte dias habian tomado los cristalinos un color opaco de leche; los cuales parecian tambien haber aumentado de volumen, y formaban una prominencia al través de las pupilas, que estaban muy dilatadas. Apenas podia la enferma distinguir el dia de la noche; padecia dolores de estómago, disnea, tos y sudores nocturnos. La menstruacion, que se habia establecido á los once años, fue regular durante los dos siguientes, en cuya época se suprimió repentinamente.

»Al cabo de un año se manifestaron todos los síntomas de la diabetes, y á medida que se hicieron mas pronunciados, tanto las pupilas como los cristalinos volvieron á tomar sus dimensiones naturales. Empezaron estos últimos á cambiar de color y á recobrar su transparencia, en tales términos, que al cabo de algun tiempo ya no habia vestigio alguno de opacidad, y la vista se hallaba perfectamente restablecida.

»Despues de un nuevo espacio de tiempo bastante largo, principiaron á disminuir á su vez los síntomas diabéticos: la secrecion urinaria era abundante; pero la cantidad de azúcar que contenia se habia hecho muy pequeña. Encontrábase la enferma en un estado bastante satisfactorio, cuando de repente fue invadida de una violenta cefalalgia, á consecuencia de la cual le sobrevino una ceguera completa, procedente del desarrollo de una nueva catarata doble, que desapreció como la primera en el momento en que volvió á presentarse la diabetes, acompañada de un flujo enorme de orina muy azucarada. Cuatro semanas bastaron entonces para producir el marasmo y una funesta terminacion (*Med. chir. review.*; enero, 1830, página 176).

»Duracion.—«La diabetes dura tanto mas tiempo, dice Dupuytren, cuanto mas se sostienen las fuerzas digestivas en aptitud de reparar las abundantes pérdidas que se verifican por las vias urinarias.» Casi siempre trascurren muchos años antes que llegue la enfermedad á su tercer grado, y aun se ve en las *Efemérides de los curiosos de la naturaleza* (2.º año, diciembre, obs. CLXV), que puede durar toda la vida sin apresurar sensiblemente su término natural. No obstante, P. Frank (loc. cit., p. 61) ha visto una diabetes que se hizo mortal en sesenta y siete dias; Dobson otra en cinco semanas, y Oosterwyk en algunos dias solamente (*Horn's arch.* bd. II, hft. II, p. 1065). Ademas nadie ignora, que la edad, la constitucion del enfermo, su estado de salud anterior, las complicaciones que sobrevienen, y en fin, la

intension de la enfermedad misma, ejercen mucha influencia en la duracion de la diabetes como en la de todas las demas afecciones.

»Terminacion.—Cuando la terminacion ha de ser feliz, disminuye la secrecion urinaria, y especialmente la cantidad relativa de azúcar; el hambre y la sed se hacen menos vivas; se restablecen las fuerzas; aparece la gordura, y en una palabra, todas las funciones vuelven poco á poco á su estado normal. Al cabo de cierto tiempo se reducen las orinas á su abundancia natural, no conteniendo ya sino una cantidad muy pequeña de materia sacarina, ó bien, lo que es todavia mas raro, permanecen bastante copiosas, pero sin ofrecer ningun vestigio de su elemento morboso. En este caso no tarda en completarse la curacion; pero desgraciadamente son bastante comunes las recidivas, y algunas veces siguen muy de cerca al primer ataque.

»Cuando no ha podido el tratamiento contener la enfermedad, se verifica la muerte por lo comun con lentitud, á causa de las alteraciones de la nutricion, de las indigestiones indicadas por Prout, del marasmo y de la fiebre héctica; pareciendo resultar en algunos casos de los desórdenes nerviosos, y muchas veces de complicaciones, sobre todo de la tisis pulmonal. Cuando se verifica con rapidez, la ha visto Naumann suceder á una apoplegia (*loc. cit.*, p. 594), y Sundelin á una inflamacion de los plexos mesentéricos (*Horn's arch.*, 1830, hft. IV).

»Complicaciones.—La tisis pulmonal acompaña, como ya hemos dicho, á la diabetes con tanta frecuencia, que Bardsley y Copland estaban inclinados á colocarla entre el número de los síntomas de esta última afeccion, á la cual por esta consideracion querian dar esclusivamente el nombre de *ftisuria sacarina*. No creemos nosotros que en el estado acual de la ciencia pueda adoptarse sin restriccon este modo de pensar; pero aunque consideramos solo el desarrollo de los tubérculos pumonales como una complicacion tan desagradable como frecuente, no dejaremos sin embargo de examinar muy luego, si en gran número de casos no podria atribuirse semejante desarollo á la influencia de una causa general, introducida necesariamente en la economia por la formacion morbosa de un principio azucarado. Las complicaciones gastro-intestinales son bastante frecuentes; pero lejos de aparecer desde el principio, y aun de preceder á la aparicion de la sustancia sacarina en las orinas, como habia creido Dezeimeris, no se desarrollan ordinariamente sino en una época adelantada del mal, resultando entonces de las alteraciones que por mucho tiempo ha sufrido la alimentacion. No obstante, si bien nos parece que las alteraciones *orgánicas* del conducto digestivo no deben mirarse sino como un efecto consecutivo de la accion prolongada de causas mecánicas por una parte, y de una sobreescitacion estraordinaria de las facultades digestivas por otra; tambien por el contrario nos inclinamos á pensar, como diremos mas adelante, que la produccion de la materia azucarada que constituye la diabetes es debida á un trastorno *funcional* primitivo del estómago.

»Las enfermedades del hígado, la nefritis inflamatoria ó calculosa, la hidropesia, el escorbuto y las hemorragias atónicas, deben tambien colocarse entre las afecciones que complican algunas veces la ftisuria.

»Generalmente, cuando le sobreviene á un diabético alguna de las complicaciones que acabamos de indicar, se sostienen recíprocamente ambas enfermedades, influyendo de un modo fatal sobre su curso respectivo, y no tarda en sucumbir el enfermo. Sin embargo, se han citado algunos ejemplos, en que un derrame de serosidad en la cavidad del abdomen, una enfermedad que no tenia al parecer relacion alguna con la afeccion primera, como una catarata, han modificado felizmente ó hecho desaparecer la ftisuria por algun tiempo, prolongando asi la existencia del enfermo.

»Diagnóstico.—Segun la definicion que hemos dado de la diabetes, se comprende fácilmente que todo el diagnóstico estriba en la presencia de una materia azucarada en la orina, sin la cual no hay tal enfermedad. Asi pues todas las consideraciones del diagnóstico diferencial, tan largamente espuestas por algunos autores, se encuentran reducidas á una simple análisis química, á la cual debe recurrirse desde el principio, sin esperar á que sobrevengan síntomas que no son constantes.

»¡Cuántas veces, en efecto, no se ha desconocido la diabetes durante un tiempo mas ó menos largo, porque aun no se habia aumentado la secrecion urinaria! ¡Y cuántas veces tambien no se ha equivocado el diagnóstico por tener solo en cuenta el fenómeno opuesto! Una secrecion urinaria muy abundante, prolongada mucho tiempo, acompañada de un hambre y sed escesivas y de un enflaquecimiento progresivo, no suele observarse mas que en la ftisuria sacarina; pero no basta para poner fuera de duda la existencia de una afeccion, en la cual por otra parte pueden faltar todos los síntomas referidos. El análisis química de la orina, aun suponiendo que nos dé resultados negativos, hace imposible todo error, y nos permite desechar esa *diabetes decipiens*, indicada por los autores antiguos, que no podian guiarse por nuestros medios de investigacion.

»Diremos para concluir, que en razon de las enfermedades coexistentes de los órganos génito-urinarios, pueden existir en la orina sangre, pus, esperma y arenillas, sin que su presencia, cuando no esplique suficientemente todos los fenómenos observados, sea un motivo para que deje el práctico de indagar la existencia de la materia azucarada, que puede desarrollarse simultáneamente. Sin embargo, no parece que esta observacion sea aplicable á la albúmina, y por nuestra parte no conocemos ningun hecho

auténtico de existencia simultánea de la diabetes y de la enfermedad de Bright, si bien es cierto que, segun Naumann (loc. cit., p. 572), la orina diabética contiene con frecuencia una proporcion mucho mas considerable de esta sustancia que en el estado normal, y que Dupuytren considera semejante *albuminuria* como signo, y aun como condicion, de un próximo restablecimiento.

»Pronóstico.—Aunque observaciones bastante numerosas han demostrado que la diabetes (*diab. mellitus*) no es del todo incurable, como se habia creido antiguamente, la proposicion por la que establece Dupuytren que no lo es «en ninguna de sus épocas, ni aun en los casos en que la digestion alterada parece negarse á suministrar los materiales de la secrecion» puede tildarse de exagerada, en el sentido de que admite muchas probabilidades de curacion; mientras que segun Copland no son en realidad los casos afortunados respecto de los mortales sino :: 1 : 7 ó á 8. Es preciso confesar en efecto, que cuando la enfermedad ha tenido ya cierta duracion y determinado síntomas generales de alguna gravedad, es muy probable una terminacion funesta; y agregando á esto la frecuencia de las recidivas, puede muy bien concluirse que el pronóstico de la diabetes debe casi siempre considerarse como poco lisongero. Deberán tenerse tambien en consideracion: la edad del sugeto, su constitucion, el curso que sigue el mal y las causas que lo hayan determinado. Ya hemos visto que si las complicaciones ejercen las mas veces una influencia desfavorable y relativa siempre á su naturaleza, algunas pueden por el contrario considerarse como favorables.

»Causas. — La oscuridad que reina todavia acerca de la naturaleza de la diabetes, ha debido necesariamente aumentar la dificultad de la apreciacion de sus causas, privándonos de resultados precisos respecto de este punto. Sin embargo, como la nosogenia y la etiologia se deben un mútuo apoyo, y como impulsar los progresos de la una es ya contribuir á que adelante la otra, se han hecho numerosas investigaciones para comprobar las causas que de una manera próxima ó lejana pueden concurrir al desarrollo de la ftisuria, y vamos á resumirlas rápidamente.

»A. *Causas predisponentes individuales.—Disposicion hereditaria.*—Blumenbach (*Medic. bibliot.*, bd. II, p. 126) insiste mucho en la trasmision hereditaria de la diabetes, é Isenflamm ha visto en una misma familia siete niños atacados sucesivamente de esta afeccion: Thomas, Rollo, P. Frank, Morton, Prout y Clarke han referido tambien ejemplos análogos; pero las observaciones de este género son todavia harto escasas, para que pueda sacarse de ellas alguna conclusion; fuera de que puede muy bien suceder que individuos de toda una familia se hallen sometidos á la influencia de una misma causa, y por consiguiente padezcan todos afecciones idénticas, sin que a trasmision hereditaria tenga parte alguna en la produccion de este fenómeno. Lo que se necesita es comprobar si ocurre con frecuencia el desarrollo de esta enfermedad en los hijos de los diabéticos, y si este desarrollo sigue la ley general de la trasmision hereditaria; pero está lejos la esperiencia de haber aclarado todavia estas importantes cuestiones.

»*Sexo.*—Casi todos los autores estan acordes en decir, que la diabetes es mucho mas frecuente en los hombres que en las mujeres. P. Frank no la ha observado jamás en estas últimas; Schonlein la ha visto una sola vez; Naumann refiere muchos ejemplos de mujeres diabéticas; pero es preciso notar que todas ellas, ó nunca habian tenido hijos, ó hacia mucho tiempo que eran estériles. Berndt dice que la relacion entre los sexos no es mas que :: 5 : 4; pero Autenrieth (loc. cit., p. 236) cree, y con razon, que se observa una diferencia mas considerable.

»*Edad.*—La diabetes se observa especialmente entre los veinticinco y los treinta años, siendo menos frecuente en la infancia y aun en la vejez; sin embargo, P. Frank y Berndt la han visto en viejos de setenta años; Reil (loc. cit., p. 537) en un joven de diez y ocho; Horn en uno de trece; Rollo en una muchacha de doce (loc. cit., página 271), y el doctor J. Johnson en un niño de nueve años (*Med. chir. review.*, octubre, 1838).

»*Temperamento.*—Segun Cawley, la constitucion linfática predispone poderosamente á la diabetes; al paso que Nicolás y Gueudeville miran esta afeccion «como peculiar de los temperamentos musculares.»

»Hánse colocado igualmente gran número de enfermedades entre las causas predisponentes de la diabetes. Tales son: los abscesos frios (Ruisquio, Cheselden, Latham), las grandes hemorragias, las supuraciones abundantes, las escrófulas (Cawley), la tisis pulmonal (*Graefe's ud Walht journ.*, bd. XX, hft. IV, página 521), y generalmente las afecciones crónicas de los órganos respiratorios y digestivos, las enfermedades del hígado (Ontyd, *Untersuch über die ursachen des todes*, p. 712), los vermes intestinales, los cálculos renales ó vesicales, la gota, el reumatismo (Lehmann), la amenorrea, el asma, el histerismo, la hipocondria y las neuralgias. La estension de esta lista es casi suficiente para demostrar, que la importancia que se ha querido atribuir á dichas afecciones, no se halla establecida sobre bases bastante sólidas. Tampoco está mejor comprobada la influencia del uso prolongado de los diuréticos, de las cantáridas, de los mercuriales, de los purgantes y del bálsamo de copaiba.

»B. *Causas predisponentes higiénicas.*—*Clima.*—Fundándose en que el número de los diabéticos es bastante considerable en Inglaterra, en Holanda, en Dinamarca y en Suecia, han creido algunos autores que la causa predispo-

nente mas poderosa de la ftisuria era un clima nebuloso, húmedo y frio. Bouillaud (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. DIABETES) piensa que una temperatura baja y húmeda puede en efecto oponerse por una parte á la libre traspiracion cutánea, y activar por otra ó aun modificar la secrecion urinaria. Mas para reducir esta opinion á su justo valor, bastará notar con P. Frank, que la diabetes es todavia mas comun en Alemania y en Italia que en los paises del norte de Europa.

»*Alimentacion.* — Una alimentacion insuficiente, casi esclusivamente vegetal, el pan de centeno y el uso inmoderado del azúcar, se han indicado por Christie y Haase; mientras que Rollo se fija por el contrario en una alimentacion fuerte y muy abundante. El abuso de las bebidas alcohólicas ó ácidas (Antenrieth), de la cerveza, de la cidra (Nicolás y Gueudeville), del té y del café, han parecido tambien favorecer algunas veces el desarrollo de la diabetes.

»Por último, terminan esta larga lista los pesares, los trabajos mentales escesivos, el abuso de los placeres de la venus, el ejercicio inmoderado á caballo (Sydenham, Senac), la sustentacion de cargas muy pesadas (Cardanus), la costumbre de retener mucho tiempo las orinas, y el onanismo.

»C. *Causas eficientes.*—Ha habido enfermos que se han visto afectados de a diabetes, inmediatamente despues de haber comido una cantidad considerable de cebollas (Silvius, *Morb. int. curat.*, p. 219), de espárragos, de rábanos picantes (Paullini), de especias (Amatus, *Curat. med.*, cent. II, cur. XCIV), de balsámicos, asi como tambien despues de haber bebido inmoderadamente el vino del Rhin (Willis), el de Canarias (Lister), líquidos que contenian ácido carbónico (Lister, *Exer. med.*, p. 75), diuréticos (Tulpius, *Obs. med.* l. XI, capítulo XLVI) y emenagogos (Riedln, *Lin. med.*, año IV, nov., p. 948): las cantáridas, las preparaciones de antimonio (Lister) y los purgantes (Sandras, *Bull. de thérap.*, t. VII, p. 129) han producido tambien el mismo efecto; pero como dice con razon Hecker (*Lxic. méd. theorico pract.*, p. 661), es probable que hayan confundido la *diabetes insípida* con la ftisuria sacarina los que han admitido la influencia de estas diferentes sustancias.

»La impresion del frio estando el cuerpo sudando puede, segun varios autores, determinar la diabetes; asi es que Wolff la ha visto sobrevenir de este modo en los cazadores (*Horn's arch.*, 1818, hft. XII, p. 194); Haase en un centinela que por olvido estuvo en su puesto toda la noche, y Sundelin en un hombre que se habia caido á un rio (*Horn' arch.*, 1830, hft. V, p. 13). La nefritis inflamatoria ó calculosa, las caidas sobre los riñones (*Froriep's not.*, bd. XLVII, p. 240), las lesiones de la médula y el embarazo (*Benevitz, osaun's jahrb.*, julio, 1828), parecen haberla causado en algunas circunstancias, como tambien la supresion de un catarro antiguo (Rollo, Pearson), de una salivacion abundante (Reil) y del sudor habitual de los pies ó de las manos (Darwin, Mondière, *Mémoire sur le sueur habituelle des pieds et les dangers de sa suppr.*, en el periódico *l'Experience*, núm. 51, 1838). La diabetes puede suceder ó complicar á ciertas fiebres intermitentes ó graves, á la disenteria, al histerismo y á la hipocondria (Hecker, loc. cit., página 663). Renauldin menciona la osificacion de las arterias renales (*Dict. des sc. méd.*); pero es dificil comprender que esta alteracion pueda, no ya determinar, mas ni aun acompañar á una afeccion, caracterizada por la sobreescitacion de las funciones, y muchas veces por una hipertrofia del tejido del órgano. Ultimamente, Reil (*loc. cit.*, p. 485) y Thomann (Henke, *Handb. der spec. path.*, bd. II, p. 290) han creido que la diabetes podia trasmitirse por contagio, y Kampf (*Encherid. med.*, pág. 145) que era susceptible de reinar epidémicamente.

»En vista de una etiologia tan vaga y basada en tan débiles cimientos, creyó Dezeimeris, fundado en algunas observaciones de Riedlin, de Morton y de Lister, poder establecer que «la causa próxima de la diabetes era la irritacion de los riñones consecutiva á una gastritis crónica» (*Mém. de la soc. méd. d'émul.*, t. IX, p. 211). Esta opinion, que fue combatida por Bouillaud (*Dict. de méd. et de chir. prat.*) y Andral (*Cours de pathol. int.*, t. II, pág. 368), se halla hoy abandonada por su mismo autor; pero de todos modos no tendriamos nosotros que refutarla, puesto que Dezeimeris, para dar algun valor á sus observaciones, se vió precisado á declarar, como ya hemos visto, que no consideraba la presencia de una materia azucarada en las orinas como caracter esencial de la diabetes.

»Resulta pues, que el estudio etiológico de esta enfermedad, como toda su historia, se resiente de la ignorancia en que han estado los médicos durante largo tiempo acerca de los verdaderos caractéres de la diabetes; puesto que si bien las investigaciones de estos últimos años han dado por fin el resultado de ponerlos en evidencia, todavia han dejado un vasto campo á los observadores.

»TRATAMIENTO. — *Modificadores higiénicos.*— Los autores mas antiguos comprendieron ya la importante influencia que debia ejercer sobre la diabetes la alimentacion de los enfermos, y procuraron utilizarla en su terapéutica; pero no guiándose por las indicaciones de la química orgánica, que son las únicas que pueden conducir á un tratamiento higiénico racional, debieron hallarse muy encontrados en sus opiniones.

»Celso prescribia los alimentos astringentes, y el vino áspero, recomendando á los enfermos beber con moderacion y abstenerse de todas las sustancias que fueran susceptibles de aumentar la secrecion urinaria. Areteo asoció á los vinos astringentes, la dieta láctea y feculenta. Alejandro de Tralles daba la preferencia

á los alimentos muy nutritivos, y no veia inconveniente alguno en satisfacer la sed de los enfermos. Accio recomendó el uso de los vegetales refrigerantes, que Houllier y Dureto adoptaron despues como una de las bases de su tratamiento, y Sydenham preconizaba el de las carnes.

»Creyendo Rollo que en el tratamiento de la diabetes se presentaban dos indicaciones principales que satisfacer: «1.º evitar la formacion ó el desarrollo de la materia sacarina; y 2.º destruir la accion morbosa aumentada del estómago», fué el primero que insistió muy particularmente en el régimen animal, como el único capaz, decia, de llenar la primera de estas indicaciones (*loc. cit.*, p. 66). Nicolás y Gueudeville pensaron igualmente, que para restituir al enfermo los principios de animalizacion y evitar el estravio espasmódico de los jugos nutritivos sobre el órgano urinario, convenia elegir los alimentos y los remedios entre las sustancias que contienen azoe y sales fosfóricas (*loc. cit.*, p. 97); cuya doctrina recibió de Dupuytren una imponente sancion. «El tratamiento animal aconsejado por Rollo, dice este gran cirujano, tiene la misma eficacia en la diabetes, que la quinina en las fiebres periódicas. Bajo su influencia empieza la orina á contener albumina; la cual desaparece al cabo de algun tiempo, para dar lugar á la urea, á los ácidos úrico y acetoso, hasta que se hace la secrecion enteramente normal.» Por desgracia la proposicion de Dupuytren, aunque repetida por Renauldin (*loc. cit.*), no se halla en armonia con los hechos, pues el enfermo en cuya observacion se habia fundado sucumbió á una recaida, y J. Copland ha visto casos en que la alimentacion animal, no solamente ha sido inútil, sino dañosa, produciendo diarreas mortales.

»Hufeland ha prescrito con ventaja á algunos enfermos una gran cantidad de huevos crudos; Stegmann de lentejas; Neumann de amilaceas, de setas, de criadillas de tierra, de pescados y de cangrejos; y en fin, Bouchardat, persuadido de que el desarrollo de la azúcar diabética en la economia es debido á una transformacion que sufre la fécula introducida con los alimentos en el estómago, asegura que es suficiente para curar á los enfermos, prohibirles casi completamente el uso de las bebidas y alimentos feculentos ó azucarados á que estaban acostumbrados. «Al cabo de doce horas, dice este autor, se apaga la sed, recobran las orinas poco á poco su estado normal, el apetito se circunscribe á sus límites ordinarios y se restablece el enfermo.»

»Para convencerse del grado de importancia y de eficacia de estas diversas medicaciones, bastará leer las siguientes líneas de Pinel: «En un caso de diabetes, producido por pesares profundos y prolongados, y que habia llegado ya á su último grado, se curó el enfermo retirándose al campo, entregándose allí á un ejercicio regular, saliendo de su postracion, é insistiendo tanto en el régimen vegetal como en las demas sustancias» (*Nosol. phil.*, t. III, p. 546). Terminaremos este asunto recomendando los principios espuestos por Rochoux del modo siguiente:

«Ante todas cosas es preciso dirigir y utilizar las fuerzas del estómago, no dándole sino alimentos que pueda soportar con facilidad, y cuya cantidad deberá arreglarse convenientemente, á pesar del apetito por lo comun muy pronunciado que tienen los diabéticos, á fin de evitar las indigestiones que, segun Prout, les suelen ser tan funestas. Por muy urgente que sea la indicacion de introducir una gran cantidad de azoe en la economia, no lo será mas que la que tiene por objeto procurar buenas digestiones, sin las cuales está privado el enfermo del primero de los medicamentos, es decir, de un quilo reparador. Asi, pues, para conseguirlo no debe temerse asociar vegetales sanos á las carnes nutritivas y bien preparadas. El uso del vino bueno, el ejercicio, la respiracion de un aire puro, la vida campestre, y los vestidos calientes obran eficazmente en el mismo sentido» (*Dict. de méd.*, t. X, p. 239).

»*Modificadores farmacéuticos.*—A escepcion del tratamiento antiflogístico que han propuesto contra la diabetes algunos autores, conducidos por las ideas que se habian formado de la naturaleza de esta enfermedad, solo tendremos que enumerar medicaciones enteramente empíricas, para cuya apreciacion no contaremos mas que con algunos hechos sueltos y muchas veces mal observados.

»Archigenes, Accio, Burserio, Prout, Hufeland, Marsh, y Barry, recurrieron algunas veces, al principio de la diabetes, á las emisiones sanguíneas generales ó locales; pero Redingfield y Watt fueron los que especialmente hicieron de ellos la base de su tratamiento. Este último refiere haber curado un enfermo en catorce dias, estrayéndole en este espacio de tiempo ciento ocho onzas de sangre. Kennedi ha visto disminuirse notablemente la cantidad de la orina despues de cada sangria general. Sin embargo, las emisiones sanguíneas rara vez se han empleado solas, y la mayor parte de los autores les asocian otros medios. Asi es que Rollo y Kennedi les agregan los vejigatorios (Gerson, *Julius mag.*, 1832, hft. V, p. 382); Formey las lociones frias; algunos el agua de cal y el carbonato de amoniaco, y otros en fin los mercuriales.

»Tambien se han prescrito diferentes ácidos minerales, ya solos, ya mezclados ó en combinacion.

»Brera dice haber curado un diabético con el ácido nítrico (*Froriep's not.*, bd. XII, p. 347), Scott y Gilby han obtenido asimismo ventajas de este medicamento; al paso que Copland no ha conseguido mas que un alivio pasagero asociándolo al opio. Tambien se ha prescrito interiormente una mezcla de partes iguales de este

ácido y del muriático, ó bien ha servido para emplearla en forma de lociones en el epigastrio y en los hipocondrios.

»El ácido sulfúrico ha producido buenos resultados en manos de Pitschaft (*Hufel. journ.*, 1823; st. II), y el sulfato de zinc en las de Copland.

»Venables, Latham, Nicolás y Gueudeville han propuesto el uso del ácido fosfórico, con el cual curó Schaefer uno de sus enfermos (*Hufel. journ.*, bd. XXXVII, st. III).

»Naumann observa, y con razon, que la accion de los ácidos sobre la secrecion urinaria es todavía problemática, y que su uso se halla casi siempre contraindicado por las circunstancias en que se encuentran las vias digestivas (loc. cit., p. 670)

»Willis, Fothergill y Watt preconizaron el agua de cal; y Schutz observó que con su administracion disminuia la voracidad y cesaban los eructos ácidos (*Hufel. journ.*, bd. XII, st. II, p. 128). Sauvages la prescribia á la dosis de cinco á seis onzas tres veces al dia.

»Hufeland ensayó la magnesia calcinada (*Journ.*, bd. XLVII, st. VI, p. 117), que el doctor Traller dice haber empleado dos veces con buen éxito á la dosis de dracma y media, habiendo bastado quince dias para conseguir la curacion. Dürr y Neumann (*Hufel. journ.*, 1822, st. VII) han usado el amoniaco.

»Los astringentes se han ensayado muchas veces despues de Areteo, que aconsejaba los vinos de esta naturaleza: «Laudantur, dice »Wedel, terra sigillata, lemnia, bolus arme»na, terra japonica, corallia, lapis haematites »crocus martis adstrigens» (*Diss. de Diab.*, Jena, 1717, p. 22). Dower, Sele y Dreyssig preconizaron el sulfato de alumina, que Mead hacia disolver en leche (alum., tres dracmas; leche cuatro libras: para tomar cuatro onzas tres veces al dia), y en el cual Brisbane y Oosterdyck no reconocieron ninguna accion.

»Jarold prescribia la decoccion de la nuez de agallas; Krüger-Hansen el acetito de plomo; y en fin, se han ordenado igualmente la corteza de roble, el zumaque, el catecú, y el tanino puro. Sandras dice haber curado un diabético haciéndole tomar todos los dias por espacio de un mes un escrúpulo de kino (*loc. cit.*). Siguiendo Naumann (*loc. cit.*, p. 676) á Amato Lusitano, no atribuye ningina eficacia á los astringentes; Sydenham y Lobenwald piensan que asociados á los narcóticos pueden ser de alguna utilidad.

»Los tónicos gozaron durante mucho tiempo de gran reputacion: «Eximia corticis peruviani contra hanc affeccionem vis» dice Marcus (*Diss. de diab.*; Gott, 1775, p. 34); Harris, Stoeller (*Hufel. journ.*, bd. VI, p. 56) y Montani emplearon con buen éxito la quinina asociándola al opio; Richter curó con esta sustancia una diabetes que habia sucedido á una fiebre intermitente perniciosa; y Naumann asegura que este medicamento hace desaparecer con rapidez la pequeña cantidad de azúcar que suele quedar en la orina hácia el fin de la enfermedad. La cascarilla y la simaruba se han considerado como succedáneas de la quina.

»Fraser recomienda mucho el uso del hierro (*Samml ausert abh.*, bd. XXIII, p. 483), y J. Marshall curó un diabético en diez semanas haciéndole tomar tres veces al dia de 12 á 24 gotas de *tint. ferri muriatic.* J. Peacock refiere tres casos de curacion por el hierro asociado al opio (*Schmidt's jahrb.*, bd. VII, p. 368), y Latham y Venables atribuian al fosfato de hierro (dos á diez granos) una accion especifica, que fué negada por Copland.

»El uso de los purgantes ha tenido igualmente partidarios: J. de Buchwald dice haber curado por el ruibarbo tres enfermos atacados de diabetes por el abuso de los diuréticos (*Diss. de diabetis curat. per rhabarbarum*; Kopenh., 1733), y antes de él Harris habia atribuido una curacion muy rápida á la administracion de la preparacion siguiente: *Rhei elect.* unc. v; *santal. alb. citrin* dr. j; *infunde lento igne in vini canarini opt.* lb. j: doce cucharadas bastaron para reducir la secrecion urinaria á su abundancia natural. Dobson asociaba el ruibarbo á la quina; Lister á los aromáticos; Morton y Brocklesbi al láudano, y Scott hacia uso de los calomelanos (*Hufel. journ.*, bd. IV, st. II, pág. 183). Copland piensa con Trnka y Marsh, que en general es útil, siguiendo el consejo de Prout, provocar en los diabéticos tres ó cuatro evacuaciones diarias por medio de ligeros minorativos.

»El emético y la ipecacuana se han administrado á dosis vomitivas por Berndt y Richter (*Med. chir. bemerk.*, bd. I, p. 76), y antes que ellos por Michaelis, Ettmuller, Rollo y Watt. El tártaro estibiado prescrito á dosis muy cortas fue tambien preconizado por alguno de estos autores, y especialmente por Hildenbrand (*Ann. schol. clin. Ticin.*; Pavia, 1830, part. II, página 53). Krimer curó á un diabético en diez y seis dias con la preparacion siguiente: tártaro estibiado gr. iij; agua de laurel real, onc. j: para tomar treinta gotas cuatro veces al dia. Copland asociaba el emético al opio, á los tónicos y á los aromáticos.

»Los diaforéticos han producido algunas veces buenos resultados. Carter curó una diabetes bien caracterizada por el uso prolongado de los polvos de Dower (*Lond. med. repos.*, noviembre, 1823). Copland cree que los mismos diuréticos pueden modificar la actividad morbosa de los riñones y favorecer la curacion.

»Buchan, Herz y Brocklesbi pretenden haber curado algunos diabéticos, administrándoles de medio á cuatro escrúpulos de alumbre en las veinticuatro horas (Hecker, *loc. cit.*, p. 678).

»Los narcóticos, y principalmente el opio, se han preconizado en todos tiempos contra la diabetes. Aecio empleaba la *theriaca andromachi*, y Zacuto el *philonium persicum*. Willis consideraba al opio como un remedio poderoso (*Pharm. rat.*, part. I, sect. VII, p. 186), y es-

ta opinion fue adoptada por Darwin y Crentzwieser (*Diss. de cognoscendo et curando diabete*; Halle, 1794, p. 40). Gran número de autores modernos no han reconocido en él eficacia alguna, á no administrarle á dosis altas; Dzondi quiere que se dé hasta producir la embriaguez y aun la intoxicacion. Schonlein ha llegado á hacer tomar dos dracmas de tintura tebaica en las veinticuatro horas; Ware veinte y cuarenta granos de opio, y Tommasini ha elevado esta dosis hasta sesenta granos. Baillie ha visto un diabético asistido por este último médico, que se curó en treinta y seis dias despues de haber tomado setecientos noventa y cinco granos de opio (*Revue méd.*, mayo, 1825).

»Se ha asociado el opio con gran número de medicamentos: con la escamonea, los calomelanos, la ipecacuana (polvos de Dower) y el tártaro estibiado por Heinecken *(pulv. escammon., pulv. op.*, aa. escrup. j; *calomel.* gr. v; *tárt. estib.* gr. ij. para doce píldoras); con los amargos por Baillie *(laudanum cum infus. rhei*, sive *dec. columbo*, cincuenta gotas tres ó cuatro veces al dia); con los aromáticos por Naumann, y con los tónicos y la magnesia por Zipp.

»Durante mucho tiempo estuvo en voga esta curiosa preparacion de Sidenham: R. *Theriac. androm.* unc. unam et semis; *conserv. flaved. aurant.* unc. j; *diascordii* unc. semis; *zingib. condit. nuc. moschat. condit.* aa drij; *pulv. e chelis cancror. compos.* dr. unam et semis; *cort. exter. granat., rad. angel. hispan., corall. rubr. proepar. trochisc. de terra lemnia*, aa. dr. j; *boli armen.* escrup. ij; *gumm. arab.* dr. semis; f. *cum s. q. sir. de ros. siccio elect. de quo sumat ad magnitudinem nuc. moschat. maj. mane, hora quinta promeridiana et nocte, per mensem integrum, superbibendo sequ. infusionis cochl.* unc. vj; *rad. enul. campan. imperat., angel. gentian*, aa: unc. semis; *fol. absinth. rom. marrub. alb. centaur. min. calamenht.*, aa; *manip.*, j *baccar. juniper.* unc. j; *incidantur minutim, et infundantur vini canarini* lb v; *stent. simul. in infus. frigida. coletur tantum modo tempore usus.*

»En todos los casos es preciso continuar con el uso del opio mucho tiempo despues de la curacion, y procurar mantener libre el vientre durante todo el tratamiento. La valeriana, la asafétida y la digital, se han empleado como sucedáneas del opio, ó asociándolas á este medicamento, por Rollo y P. Frank. Berndt empleó con buen éxito el acetato de morfina.

»Morgan, Brisbane, Wrisberg, y especialmente Schonlein, han recomendado las cantáridas interiormente; mientras que Naumann considera su uso como muy peligroso, y Haase afirma que no conoce una sola observacion auténtica, en la cual haya procurado este medio ni siquiera algun alivio. Han variado igualmente los autores sobre la dosis que seria permitido prescribir. Schonlein quiere que se llegue rápidamente, si bien de un modo progresivo, á una dosis elevada (dos ó tres gotas de tintura de cantáridas cada dos ó tres horas). Morgan hacia tomar dos ó tres veces al dia de quince á treinta gotas de una tintura hecha con onza y media de polvos de cantáridas y una libra de elixir de vitriolo. P. Frank ha dado hasta una onza de tintura al dia, y Wolff piensa por el contrario que es perjudicial prescribir mas de cinco gotas en las veinticuatro horas.

»Schonlein ha ensayado la trementina y el bálsamo de copaiva; Baumgartner (*Handb. d. spec. krankh. u. heilungsl*, bd. II, p. 110) la cubeba, y el colchico Wallis y Puchelt. El primero de estos autores ha referido una curacion obtenida por la administracion de veinte á treinta gotas de vino de colchico cuatro veces al dia (*Med. chir. zeit*; 1825, bd. IV, p. 350), y el segundo ha conseguido el mismo resultado prescribiendo solo sesenta gotas (*Heid. klin. annal.*, bd. VII, hft. IV, p. 550).

»Haase (loc. cit., p. 363), Erhart y Stgmann *(Horn's arch.*, 128, heft II, p. 306) han curado algunos diabéticos con el uso del alcanfor, que Richter prescribia á la dosis de diez á doce granos durante las veinticuatro horas. A este medicamento le atribuye Shee grande eficacia *(Duncan's ann. of med.*; 1706, vol. I, núm. 7).

»El azufre ha producido buenos efectos á Christie y á Morgan; Rollo prescribia el sulfuro de amoniaco, *para destruir la accion morbosa aumentada del estómago* (*loc. cit.*, p. 40), y Trafvenfeld, Hufeland y Lippert lo han empleado con buen éxito asociado al opio ó á un agua aromática (*liq. amnon. sulph.* gutt. xij-xiv; *Tinct. op. simp.* gutt. xxxij; *aq. dist.* unc. v; *aq. cinnam.* unc. j; *para tomar una cucharada cada tres horas.—Liq. ammon. sulph.* gutt. viij; *aq. meliss.* unc. iv; *para tomar dos cucharadas tres ó cuatro veces al dia)*.

»P. Frank, Fürst y Berndt, han obtenido buenos efectos de las preparaciones de cobre (*cupri ammoniato-sulphur., op. puri* aa. gr. x *extr. taraxac., Rd. althaeae* aa. escrup. ij: *para hacer píldoras de dos granos.—Morph. acet.* gr. xv; *cupr. sulphur ammoniat.* dr. unam et semis; *Fell. taur. inpiss., lign. quas. pulv.* aa. dr. iv; *para hacer cien píldoras. Se toman cinco por mañana y tarde)*.

»Los mercuriales dados hasta producir la salivacion se han empleado con buen éxito por Scott; Frank los asociaba á los tónicos, y Brera hacia uso del nitrato de mercurio.

»Berndt refiere un caso de curacion por medio de la creosota á la dosis de ocho gotas al dia (*Hufel. journ.*; 1834, st. II, p. 94).

»Dulk y Richoux, fundados en la falta de urea en la orina diabética, han propuesto la administracion de esta sustancia; pero Vauquelin y Segalas, que la han esperimentado, han visto aumentarse bajo su influencia la secrecion urinaria, sin que sufriera ningun cambio en su composicion.

»Algunos remedios esternos se han ensayado tambien contra la diabetes. Areteo prescribia las fricciones aromáticas sobre el epigastrio y el abdomen. Naumann, á imitacion suya, hacia

uso con ventaja del linimento siguiente: *unguent.. rorismar. compos.* unc. ij ; *balsam. peruv. nigr.* dr. ij; *liq. ammon. caust.* unc. unam et semis; *tinct. canthar.* dr. ij. Marshal prefiere la pomada de Autenrieth; Scheu aplicaba moxas sobre los hipocondrios al nivel de las últimas vértebras dorsales; Van-Swieten, Whytt, Riedlin, Frank y Neumann empleaban los vejigatorios sobre el epigastrio y los hipocondrios y al nivel del sacro; Tissot mandaba frotar todo el cuerpo con aceite, y Nicolás y Gueudeville han repetido los esperimentos de Rollo, empleando con este objeto el tocino, y asegurando que este medio les ha servido como auxiliar, sin embargo de que les parecia preferible el linimento volátil.

»Los baños han representado un gran papel en el tratamiento de la diabetes. Desde mediados del siglo XVI prescribia Altomare los sulfurosos, y Oribaze empleó los de vapor, de los cuales han sacado despues algunas ventajas Horn, Bardsley, Lefevre y Watson. Zacutus, Grainger y Michelotti preconizaron por el contrario los baños frios.

»Si ahora se han de sacar de esta larga y fastidiosa enumeracion algunas indicaciones generales y juiciosas sobre el tratamiento de la diabetes, creemos que en el estado actual de la ciencia debe considerarse la alimentacion animal y la abstinencia de las bebidas y de las sustancias azucaradas ó feculentas, teniendo siempre en cuenta, como exige Rochoux, el estado de las vias digestivas, como el medio mas poderoso á que puede recurrirse, y el mas natural atendida la naturaleza misma de la enfermedad. Las emisiones sanguíneas generales ó locales serán útiles al principio en los individuos fuertes y pletóricos, ó cuando haya fiebre y síntomas de reaccion general ; los tónicos estarán indicados en un período avanzado del mal, cuando las alteraciones de la digestion y el aniquilamiento de las fuerzas no permitan ya á la economia reparar las pérdidas causadas por la superabundancia de secrecion urinaria, oponiéndose á la reaccion que debe restablecer el equilibrio de las funciones; los minorativos y los diaforéticos son ayudantes eficaces en el mayor número de casos. Es asimismo muy importante tener en cuenta la causa de la enfermedad, la que deberá combatirse por un tratamiento apropiado siempre que podamos conocerla.

»Naturaleza y asiento.—Ya se deja conocer que se habrán emitido numerosas teorias sobre la naturaleza de la diabetes. Los griegos la atribuian á una actividad morbosa particular, que hacia que los líquidos de la sangre pasaran por los riñones sin sufrir ninguna modificacion ; y Galeno añadió, que la facultad atractiva de estos órganos se hallaba aumentada, mientras que su potencia retentriz estaba disminuida. Camerarius la consideró como un espasmo , pero sin determinar sus condiciones ni su accion. F. Hoffmann creia que la orina se hallaba al principio retenida en los riñones y en los uréteres, pasando en seguida á la sangre y descomponiendo este líquido (*Consult. med.*, cent. II, cas. 85). P. Frank hizo de la diabetes una enfermedad del sistema linfático, complicada con una exaltacion de las funciones urinarias, y producida por la presencia de un virus formado en la economia ó venido del esterior. Apoyaba esta teória en la opinion de los antiguos, que pensaban que la diabetes podia resultar de la mordedura de la serpiente *dipsas* (Aetius, *Tetrabibl.* IV, serm. I, cap. XXII), y en una observacion de Latham, en la que habia la enfermedad reconocido por causa la mordedura de un raton.

»Cullen admite una alteracion de las fuerzas asimilativas; Good una simple escitacion; Richter, Clarke y Marsh una depravacion de la perspiracion cutánea, y Wollaston un cambio en la electricidad animal de los riñones. Brisbane creyó que consistia el mal en una paralisis de los nervios renales; Formey en una inflamacion del sistema gangliónico; Neumann supuso que los plexos renales dejaban de obrar sobre los testículos, de manera que se confundian las secreciones urinaria y la espermática (*Med. convers. blatt.*; 1830, núm. 16, p. 126), y Naumann que existia un *estado paralítico*, que interrumpia la comunicacion entre el sistema gangliónico y el cerebro-raquidiano (*loc. cit.*, t. VI, p. 635). Apenas merece referirse, aunque Tulpius (lib. II, obs. XLVI), Nicolás y Gueudeville hayan citado dos observaciones en apoyo de esta opinion, que Dureto atribuyó la diabetes á la presencia de un insecto en los riñones y en la vejiga (Hollerius, *De morb. int.*, lib. I, cap. XLIII).

»Otros autores, no teniendo en cuenta mas que el caracter esencial de la diabetes, se propusieron sobre todo esplicar la formacion del principio azucarado. «El jugo gástrico, dice Rollo, puede tener propiedades ácidas particulares, capaces de asimilar la materia vegetal á una sustancia de naturaleza sacarina; de modo que formada esta en el estómago en virtud de dicha facultad sacarificante, sea luego evacuada por los riñones. Existe, añade este autor, una cadena de enfermedades dependientes del estómago, de la cual constituye la diabetes el primer eslabon, y el escorbuto el último; mientras que la bulimia, la clorosis, la dispepsia, la pirosis, el histerismo, la litiasis, la pica, la anorexia, la hipocondria, la gota y la poliuria forman los eslabones intermedios» (*loc. cit.*, p. 22, 58, 70).

»Nicolás y Gueudeville colocaron igualmente el asiento de la diabetes en el aparato digestivo, considerando á esta enfermedad como una desviacion espasmódica y continua de los jugos nutritivos no animalizados hácia el órgano urinario.

»Ninguna de estas teorias esplica de una manera satisfactoria la formacion del azúcar diabética y su presencia en las orinas; y la anatomia no permite adoptar otra esplicacion, muy

ingeniosa por cierto, propuesta por Bartholino, combatida por Riolano y reproducida por Darwin; segun la cual el quilo mal elaborado, en lugar de pasar al torrente circulatorio, va directamente por medio de las anastomosis del reservorio de Pequet á los vasos absorventes de los órganos urinarios y al mismo sistema secretorio de la orina.

»Sin que pretendamos resolver completamente una cuestion que exige todavia numerosas observaciones, creemos sin embargo que si se considera:

»1.° Las dificultades que en el estado actual de nuestros conocimientos químicos presenta el análisis de la sangre, y los resultados contradictorios á que por otra parte ha dado lugar;

»2.° Que los elementos de la azúcar diabética, reunidos para formar esta sustancia en la orina, pueden estar aislados en la sangre; de modo que la análisis no llegue á demostrar la presencia de la materia sacarina en este líquido aunque realmente exista;

»3.° Que el quilo de los diabéticos no ha sido todavía objeto de observaciones, cuyos resultados seria tal vez importante conocer;

»4.° Que segun los esperimentos de Bouchardat la diastasa, el gluten, la albumina y la fibrina alterada, pueden transformar la fécula en azúcar y pueden tambien estar unidos con ella en el estómago;

»5.° Que la etiologia, la sintomatologia, la anatomia patológica, y la terapéutica de la diabetes, presentan todos los caractéres de una afeccion general, y no permiten considerarla con Dreyssig (*loc. cit.*, p. 381) y Ontyd (*loc. cit.*, p. 732), como una enfermedad completamente localizada en los riñones; teniendo presentes todas estas consideraciones, se puede suponer con alguna razon, que por efecto de una operacion sacarificante cuya primera causa está por determinar, se forman en el estómago los elementos del azúcar diabética, que son conducidos con el quilo, van á parar por el conducto torácico al torrente circulatorio, y recorren el círculo descrito por la sangre, atravesando con este líquido los riñones, donde *su presencia* determina una operacion orgánica particular propia de estos órganos, en virtud de la cual se reunen dichos elementos para formar la azúcar diabética tal como se la encuentra en la orina.

»Adoptando esta opinion se comprende, que siendo la formacion del azúcar encomendada á los riñones la causa determinante de su sobreactividad secretoria, debe hallarse la cantidad absoluta de las orinas en razon directa con la de aquella sustancia, aunque pueda esta existir en el líquido urinario antes de aumentarse notablemente la proporcion del mismo; se comprende tambien, que siendo la hipertrofia de los riñones un resultado de la sobreactividad secretoria, en vez de ser su causa, se encuentre con frecuencia, sin que por eso sea constante; y se esplica en fin á nuestro parecer la mayor parte de los síntomas de la diabetes, su curso, sus terminaciones y complicaciones, y sobre todo la tisis pulmonal que tanto ha ocupado á los patólogos.

»Clasificacion en los cuadros nosológicos.— La oscuridad que reina sobre la naturaleza de la diabetes ha hecho que esta enfermedad se coloque en puntos muy distintos del cuadro nosológico. Cullen la incluyó en el número de las enfermedades nerviosas (segunda clase), colocándola entre las afecciones espasmódicas (tercer órden). Good la miró como una enfermedad de las funciones escretorias que afectan una superficie interna; Sauvages, teniendo tan solo en cuenta la abundancia de las orinas, vió únicamente en la diabetes un flujo seroso (décima clase, órden tercero); Pinel confesando su ignorancia relativamente á la nosogenia, la describió entre sus *lesiones orgánicas particulares* (quinta clase, órden segundo), y en fin, Andral la ha comprendido entre las lesiones de secrecion del aparato urinario.

»Historia y bibliografia.—Tres períodos bien distintos pueden establecerse en la historia de la diabetes. El primero empieza en Celso, porque como dice muy bien Mercurial (*De affect. infim. ventr.*, lib. III, p. 374), nada se encuentra en las obras de Hipócrates que pueda aplicarse á esta enfermedad, pudiendo por nuestra parte asegurar, que no hemos sido mas felices que Rochoux, al buscar los pasages atribuidos por Nicolás y Gueudeville al padre de la medicina y á Aristóteles: este periodo termina en Willis. Durante esta época un solo hecho llamó la atencion de los observadores, que fué la abundancia de la secrecion urinaria, y como hemos dicho, debieron confundirse gran número de afecciones diferentes bajo una misma denominacion. No obstante, si Celso y Galeno (*De loc. affect*, lib. VI, cap. III) son muy poco esplícitos, y apenas mencionan algunos síntomas que puedan atribuirse á la diabetes, aunque este último asegura que tuvo ocasion de presenciar dos veces esta enfermedad, asercion combatida por Dureto, quien cree que habiéndose curado los casos observados por Galeno no serian verdaderas diabetes; ya se encuentra en Areteo (*De caus. et sign. diut.*, lib. II, cap. I, y *De cur. morb. diut.*, lib. VI, cap. III) una descripcion bastante completa, sobre todo bajo el punto de vista de la semeiologia. El tratamiento que recomienda este autor se halla basado en una dieta láctea y feculenta y en el uso de los vinos astringentes. Alejandro de Tralles (lib. IV, cap. VIII) reprodujo casi esactamente las mismas ideas de Areteo, y no añadió otra cosa que una comparacion entre la diabetes y la lienteria, y la prescripcion de alimentos muy nutritivos. Insistiendo Acio en el paso de los alimentos no digeridos por las vias urinarias y volviendo a las opiniones terapéuticas de Areteo, prescribio el uso de los vegetales refrigerantes, de los

cuales hicieron mas tarde Chaussier y Dureto la base de su tratamiento. En 1481 publicó Fr. de Bustis un resumen esacto y completo de todo lo que se habia escrito sobre la diabetes, añadiendo ademas el fruto de su propia esperiencia.

»La segunda época empieza con Willis en 1674. Habiendo comprobado este médico que la orina de los diabéticos tenia algunas veces un sabor soso y azucarado (*Pharm. ration.*, Oxford, 1674, sect. IV, cap. III, p. 207), fijó este caracter la atencion de los patólogos, que admitieron una nueva especie de diabetes dándole el nombre primero de *diabetes anglicus* y despues de *diabetes mellitus*. Pero el descubrimiento de Willis no tuvo, por decirlo asi, otro resultado que el de dejar establecida esta nueva variedad, pues todavia no estaba la química bastante adelantada para sacar partido de él. Quedó, pues, la terapéutica completamente entregada al empirismo, y si las nuevas observaciones no dejaron casi nada que añadir al estudio de las causas y de los síntomas, no ilustraron sin embargo en manera alguna la naturaleza de la diabetes. Entre las obras publicadas desde Willis hasta Cawley merecen citarse las de Lister (*Exercit. de hydrophob.*, *diab. et hydrop.*; London, en 8.°, 1694), de Ad. Wedel (*Diss. de diab.*; Jena, 1717), de Blackmore (*On the dropsy and diab.*; London, en 8.°, 1727), de Buchwald (*De diab. curat. impr. per rhabarb.*, Copenhague, 1733), de Krusenstein (*Theoria fluxus diabetici*; Halle, 1746), de Nicolai (*Progr. de diab. ex spasmo*; Jena, 1772), y en fin la de Trnka, que ademas se propuso reunir las observaciones esparcidas en los autores antiguos (*Comment. de diabete*; Viena, 1778).

»Pool y Dobson en 1775, y sobre todo Cawley en 1778, dieron principio al tercer período histórico de la diabetes, comprobando por el análisis química la presencia de una materia azucarada particular en las orinas, é imprimiendo por este descubrimiento una nueva direccion á los trabajos de los patólogos; los cuales comprendieron que para llegar á establecer un tratamiento racional, era preciso determinar préviamente la causa, el asiento y el mecanismo de la formacion del azúcar diabético en la economia. Cullen (*Firsts lines of the pract.*, etc.; Edimb., 1783, en 8.°) y Place (*Diss. de vera diab. causa in defectu assimil.*, *quær.*, Gottinga, 1784) emitieron una teoria, que no estribaba mas que en la suposicion muy vagamente establecida, de una alteracion de las fuerzas asimilatrices, y que no esplicaba ninguno de los citados fenómenos. Darwin pretendió, como hemos dicho, que el quilo mal elaborado pasaba directamente á los órganos de la secrecion urinaria, y P. Frank en 1791, despues de demostrar mas rigurosamente todavia que Cawley, la presencia de la azúcar diabética en las orinas, sostuvo que la diabetes era una enfermedad del sistema linfático, complicada con una exaltacion de las funciones urinarias, causada por un virus formado en la economia ó venido del esterior, y propuso para combatirla las preparaciones de cobre y de mercurio. Creutzwieser se ocupó especialmente del tratamiento de la diabetes (*Diss. de cognosc. et curand. diab.*; Halle, 1794), atribuyendo al opio, ya preconizado por Willis, una eficacia muy grande, que Tommasini apoyó igualmente con una observacion bastante curiosa (*Storia ragion. de un diabet.*; Parma, 1794, en 8.°).

»En 1797 publicó Rollo una obra, en la que emite algunas opiniones enteramente nuevas, á las cuales se deben tal vez las numerosas investigaciones de que ha sido despues objeto la diabetes.

»El médico inglés establece: 1.° que la diabetes sacarina es una enfermedad del estómago, como lo indican la variacion del apetito, el estado de la digestion, la cantidad y dificultad de las evacuaciones ventrales, el gusto de la saliva, el fenómeno que presenta la sangre y la emaciacion del cuerpo; 2.° que la formacion del azúcar ó de una materia de propiedades sacarinas, proviene de algun cambio morboso en las potencias naturales de la digestion, como por ejemplo, de una alteracion particular de los jugos gástricos que descompongan la materia vegetal tomada con los alimentos; 3.° que los riñones y las demas partes del sistema, tales como la cabeza y la piel, estan afectados secundariamente por simpatia y por un estímulo particular; y 4.° que la cantidad de orina, mayor que la suma de los alimentos sólidos y líquidos, prueba que está muy aumentada la absorcion de los pulmones y de la piel (*On diab. mellitus*; Lóndres, 1797, traducido por Alyon; Paris, año VI).

»Este modo de considerar la diabetes decidió á Rollo á oponerle un tratamiento basado en indicaciones nuevas: «Debe pues consistir el procedimiento curativo, dice este autor, en destruir la propiedad sacarificante del estómago; en procurarle una asimilacion saludable; en evitar el aumento de la absorcion cutánea; en disminuir la accion aumentada, y en restablecer los riñones en su estado normal.

»Los principales medios que convenian, segun Rollo, para obtener este resultado, eran: el reposo, una abstinencia completa de las sustancias vegetales, un régimen esclusivamente animal, el uso de los eméticos, del sulfuro de amoniaco y de los narcóticos. Por consiguiente formulaba asi su plan: *para almorzar* tres cuartillos de leche, mezclados con uno de agua de cal, con pan y manteca; *para comer*, morcillas preparadas con sangre y grasa, uso moderado de carnes manidas y de grasas tan ráncias cuanto pueda soportarlas el estómago, tales como la de cerdo; y *para cenar* las mismas sustancias del almuerzo. Para bebida usual sulfuro de amoniaco disuelto en agua. Deberá el enfermo hacerse fricciones con tocino todas las maña-

nas, aplicándose despues una franela sobre la piel; apenas se le permitirá que haga ejercicio, y se le prescribirá á la hora de acostarse veinte gotas de vino antimonial tartarizado y veinticinco de tintura de opio, cuyas dosis deberán aumentarse gradualmente. Se le aplicará sobre cada riñon un vejigatorio de cinco líneas de diámetro, cuidando que supure. Para mantener libre el vientre, se usará una píldora compuesta con partes iguales de aloes y de jabon.

«Desde el segundo dia de este tratamiento, dice Rollo, ofrece ya mejores caractéres la orina del enfermo»; y el buen éxito de esta medicacion le dá margen á deducir las siguientes conclusiones:

»1.° La materia azucarada que se encuentra en la orina se forma en el estómago, y debe especialmente su formacion á las sustancias vegetales, como lo prueban los efectos inmediatos producidos por el uso esclusivo de la dieta animal.

»2.° Predomina en el estómago de los diabéticos un estado de acidez, y continúa en ciertos casos aun cuando haya cesado enteramente el uso de los vegetales, y se halle formada la materia sacarina. Puede asegurarse, que mientras continúe semejante estado, no se ha destruido todavia la disposicion á la enfermedad.

»3.° La materia azucarada puede desaparecer en tres dias y no reproducirse de nuevo, absteniéndose de sustancias vegetales; pero no puede determinarse con esactitud la época en que desaparece enteramente la enfermedad y la disposicion morbosa.

»4.° La enfermedad consiste en un aumento de la accion del estómago, y probablemente en una secrecion demasiado considerable y en un vicio del jugo gástrico; sin embargo, el estado particular ó específico de estas diversas funciones consideradas como causa de la enfermedad se halla todavia rodeado de tinieblas, de las que no saldrá hasta que se haya esplicado con esactitud la fisiologia de la digestion en el estado normal.

»Ultimamente, habiendo Rollo espuesto á una misma temperatura la sangre de un diabético y la de un hombre sano, vió que la primera ofrecia al cabo de dos dias en su superficie una apariencia caseosa, que perdió despues por la evaporacion de la serosidad, volviéndose entonces seca, resinosa, y conservándose de este modo, sin presentar todavia el dia diez y seis signo alguno de putrefaccion; mientras que la segunda los habia presentado ya desde el cuarto dia, siendo preciso tirarla el sétimo. De aqui deduce este autor, que en la diabetes se halla diseminada por todo el cuerpo una materia sacarina, y que la misma sangre la contiene, aunque en realidad en menor proporcion que la orina, á causa de la facultad que tienen los riñones de separarla de las demas sustancias salinas, y del aumento de la accion de estos órganos por un estímulo, en virtud del cual segregan dicha materia azucarada tan pronto como la forma el estómago.

»Hé aqui toda la teoria de Rollo, que hemos espuesto con alguna estension, porque no ha sido completamente estraña á ninguno de los autores que le han sucedido.

»Hasta esta época la medicina francesa desconocia casi enteramente los trabajos de que era objeto la diabetes en Alemania, y sobre todo en Inglaterra; pero en 1803 Nicolás y Gueudeville leyeron al instituto nacional en la sesion del 14 de fructidor una memoria, que por la precision de los esperimentos químicos dejó muy atras todas las investigaciones que la habian precedido (*Rech. et exper. chim. et méd. sur le diabete sucré*, etc.; Paris, 1803, en 8.°).

«Pool, farmacéutico inglés, dicen estos médicos, de acuerdo con Dobson, hizo evaporar en 1775 una azumbre de orina; la cual quedó reducida á una masa granulosa que se deshacia entre los dedos y que tenia un olor dulce y un gusto azucarado; en 1778 hizo pasar Cawley esta orina á la fermentacion vinosa y despues á la acetosa; y últimamente, en 1791 Frank, hijo del célebre profesor de la clínica de Pavia, formó de las orinas, añadiéndoles un poco de levadura, un alcohol que decia ser muy agradable.

»Ninguno de estos trabajos conociamos todavia cuando emprendimos el análisis de la orina; por lo cual no tienen nuestras operaciones ninguna relacion con las de estos químicos. Hasta ahora han sido tan imperfectos sus esperimentos, que no han proporcionado medio alguno para alivio del enfermo, ni utilidad conocida para la práctica médica.

»En efecto, como la masa granugienta de Pool y Dobson no fue analizada, no pudo aclarar la naturaleza de las orinas; Cawley y Frank no han hecho mas que confirmar lo que la gustacion habia enseñado á Willis, y nos dejan en la duda de si las diversas sales que tanto abundan en la orina natural, existen en los casos de ftisuria, sin que hayan podido tampoco suministrar ninguna indicacion á la medicina.»

»Para llegar á resultados mas positivos y completos, recurrieron Nicolás y Gueudeville á un análisis químico minucioso, del cual obtuvieron azúcar diabética cristalizada, creyendo reconocer que la orina no contenia ni urea, ni ácido úrico ni benzoico, asercion que como hemos dicho ha sido desmentida. En seguida pasaron al exámen de la sangre y la encontraron muy serosa, casi privada de las sales amoniacales y fosfóricas, sin que pudieran comprobar en ella un solo átomo de materia azucarada. Los jugos gástrico, pancreático y biliario, les parecieron alterados por la presencia de líquidos nutritivos no animalizados. Empero cuando Nicolás y Gueudeville quisieron deducir de estos hechos una opinion racional sobre la naturaleza y el tratamiento de la diabetes, se entregaron como sus antecesores á forjar hipótesis, que tampoco suministraron indicacion alguna á la medicina.

»Considerando la ftisuria como una *consun-*

cion sostenida por una desviacion espasmódica y continua de los jugos nutritivos no animalizados hácia el órgano urinario, que afecta particularmente los temperamentos musculares, que tiene su asiento en el aparato digestivo, y que suspende todas las secreciones y escreciones, á las que suple el órgano urinario por el esceso de sus evacuaciones, Nicolás y Guendeville creyeron, que para remediar este estado espasmódico y dar al enfermo principios de animalizacion, convenia prescribir los alimentos mas azoados, la parte musculosa de la vaca y del carnero, el tocino, las carnes manidas, los fosfatos dilatados en leche, el ácido fosforoso á la dosis de ocho á diez gotas por cada medio cuartillo, el amoniaco, que *propendiendo sin cesar á descomponerse reemplaza con su azoe el que suministraba anteriormente la sangre*, los narcóticos, el opio y el almizcle.

»La memoria de Nicolás y Guendeville, de la cual solo copiamos las conclusiones, tuvo mucho eco, y los incesantes progresos de la química, que han influido estraordinariamente en la historia de la diabetes, empeñaron á gran número de químicos á emprender investigaciones análogas, aunque algunos tal vez se olvidaron demasiado de que entre la economía y una retorta existen diferencias que nunca pueden desaparecer.

»La sangre fue nuevamente analizada por Wollaston (*Philosoph. trans.*, vol. CI), Vauquelin y Ségalas (*Journ. de phisiol.*, t. IV) y por Henri y Soubeiran (*Journ. des progr. des scien. méd.*, t. I); la orina por Barruel y Mialhe (*Archives gén. de méd.*, t. VII), y el azúcar por Dumas y Chevreul (*Bull. de la Soc. philomat.*; 1815). Ya hemos dado á conocer los resultados que obtuvieron estos distinguidos químicos, que por lo demas no se ocuparon ni de la nosogenia de la diabetes ni de su tratamiento.

»En 1806 publicaron Dupuytren y Thenard en el *Boletin de la sociedad médica* una memoria, cuyo objeto principal era persuadir que el régimen animal era tan eficaz en la diabetes como la quinina en las fiebres intermitentes; error de tanto bulto, que no necesita comentarios: la nosogenia no obtuvo parte alguna en este escrito.

»Ultimamente, el 12 de marzo de 1838 leyó Bouchardat á la academia de ciencias una memoria, cuyas conclusiones, indicadas ya en otro lugar, una vez comprobadas por la esperiencia, conducirian á una terapéutica racional y seguramente eficaz, puesto que estribaria sobre una nosogenia y una etiologia rigorosamente establecidas.

»Tales son las obras que presentan sobre la diabetes teorias completas y propias de sus autores: encuéntranse esposiciones mas ó menos fieles del estado de la ciencia, ó bien consideraciones particulares sobre la etiologia, la sintomatologia, la anatomia patológica, ó sobre la terapéutica de esta enfermedad en los tratados de Muller (*Beschreib der harnr.*; Francfort, 1810), de Watt (*Cases of diab.*, etc.; Glasgow, 1808), de Prout (*Inquiry into the nat. and treatm. of diab.*; Lond., 1825), de Stosch (*Versuch einer pathol. und therap. des diab. mel.*; Berlin, 1828); en las observaciones ó memorias publicadas en los diferentes periódicos, tales como el *Horn's arch.* (band. II, heft. 2; 1818, hft. 12; 1828, hft. 2; 1830, hft. 4), el *Froriep's notizen* (bd. XII, bd. XLVII), el *Hufeland's journal* (bd. IV, st. 2; bd. XII, st. 2; bd. XIV, st. 2; bd. XXXVII, st. 3; 1810, st. 10; 1822, st. 7; 1823, st. 11; 1827, st. 7; 1834, st. 2), el *Schmidt's jahrbücher* (bd. VII, bd. IX), el *Medecin convers. blatt.* (1830, núm. 16), el *Medic. chirurg. zeitung.* (1825, bd. IV) el *Graefe's und Walther's journ.* bd. XX, hft. 4), el *Lond. med. journ.* (vol. IX; junio, 1829), el *Lond. med. reposit.* (noviembre, 1833), el *Brit. ann. of med.* (agosto, 1837), el *Med. chir. review.* (enero, 1830; octubre, 1838), el *Arch. gén. de méd.* (t. VII, XVII, XVIII), y últimamente tambien en los artículos de Renauldin (*Dict. des sciences méd.*), Bouillaud (*Dict. de méd. et de chir. prat.*) y Rochoux (*Dict. de méd.*), y en los de Copland (*Dict. of pract. med.*) y de Naumann (*Handb. der medic. klinik.*), que equivalen á una monografía» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. III, pág. 27-46).

ARTICULO SEGUNDO.

De la enfermedad de Bright.

»SINONIMIA.— *Nefritis albuminosa*, Rayer; *albuminuria*, Martin Solon; *Enfermedad de los riñones con secrecion de orina albuminosa*, Bright; *degeneracion granulosa de los riñones, enfermedades de los riñones unidas á una secrecion albuminosa*, Christison.— *Diseased kidney in dropsy*; *renal deseases accompanied with secretion albuminous urine*, Bright; *granular degeneration of the kidnies*, Christison; *renal dropsy*, de muchos médicos ingleses.

»Los nombres que acabamos de enumerar tienen todos algun defecto; el de *nefritis albuminosa*, propuesto por Rayer, parece suponer que las diferentes alteraciones que se encuentran en esta enfermedad son producidas por la inflamacion, lo que dista mucho de estar probado, sobre todo en los últimos grados del mal. Llamándole *albuminuria*, se da á entender que la presencia de la albúmina es el caracter esencial de la enfermedad, siendo asi que pertenece á muchas lesiones del riñon. No se le puede llamar tampoco *hidropesia dependiente de una enfermedad de los riñones*; porque no siempre existen los derrames serosos, ó desaparecen aunque persista la lesion anatómica. Los que refieren á la enfermedad de Bright otras alteraciones ademas de la degeneracion amarillenta y granulosa, rechazan la espresion de *degeneracion granulosa*. Para evitar los inconvenientes de cada una de

estas denominaciones, nos ha parecido conveniente designar la enfermedad con el nombre del médico inglés que ha sido el primero que la ha descrito mejor. Es cierto que asi no se indican ni la naturaleza ni el sitio de la enfermedad; pero como es imposible crear una palabra que comprenda las lesiones que se han referido sucesivamente á la afeccion que nos ocupa, hemos creido que por lo menos, el nombre de enfermedad de Bright vale tanto como cualquiera otro.

»Definicion.—Cuando leemos con atencion la notable obra en que el doctor Bright examina sucesivamente la causa de la hidropesia, vemos que su primer cuidado es describir las alteraciones de los riñones que mas comunmente ha encontrado, y son: 1.º el color amarillento; 2.º el estado granuloso con depósito de materia blanca; 3.º la induracion con degeneracion amarilla del tejido renal (*Reports of medical cases, selected with a view of illustrating the simptoms and cure of diseases by a reference to morbid anatomy*, en 4.º con lám.; London, 1827); pero no se limitan á esto sus descubrimientos; sino que ha hecho dibujar (lám. V) un riñon muy atacado de hiperemia, en el cual habia ya muchas granulaciones (primer grado), y otro en que el tejido tubular estaba endurecido y rojizo y habia ademas una mezcla de descoloracion (segundo grado), de granulacion y un principio de degeneracion amarillenta (ob. cit., lám. IV).

»En una palabra, el doctor Bright conoció y describió la mayor parte de las alteraciones del riñon que mas adelante se han considerado como otros tantos grados de una misma enfermedad; pero como insistió con especialidad en las tres alteraciones que hemos indicado primero, se las ha designado mas particularmente con el nombre de *enfermedad de Bright.* El médico inglés se propuso únicamente señalar las principales afecciones del riñon que dan lugar á las hidropesias, y es preciso confesar que llenó perfectamente su objeto.

»Ya se considere la enfermedad de Bright como una afeccion complexa, que comprenda alteraciones destinadas quizá á constituir mas adelante especies distintas que se refieran á causas diferentes; ya por el contrario se la mire como una enfermedad idéntica y distinta solo en sus grados; no deja de ser difícil dar de ella una buena definicion, debiendo por lo tanto preferirse á cualquiera otra la que se funda en los síntomas.

»*La enfermedad de Bright está caracterizada durante la vida por la presencia de una cantidad variable de albúmina en la orina, por la disminucion de la gravedad específica de este líquido, que pierde la mayor parte de sus sales y la urea, y por el desarrollo de una hidropesia del tejido celular ó de las cavidades serosas: muchas veces se mezcla tambien sangre con el líquido urinario.*

»En esta enfermedad se han admitido una forma aguda y otra crónica, sobre las cuales ha insistido el doctor Christison (*On granular degeneration of the kidnies*, en 8.º; Edimb., 1839); Rayer la adopta tambien ((*Traité des maladies des reins*, t. II, p. 99, en 8.º; Paris 1840). Nosotros las tendremos presentes en el estudio de los síntomas; pero nos parece que no exigen una descripcion separada.

»Alteraciones anatómicas.—Bright admite tres formas de alteraciones anatómicas, cuya descripcion detallada hemos hecho en otro lugar (V. el art. *Anasarca*). Christison habla de siete formas anatómicas diferentes que son: 1.ª la hiperemia con depósito granuloso ó sin él; 2.ª la degeneracion granulosa de las dos sustancias; 3.ª la degeneracion en una masa homogénea de color amarillo parduzco; 4.ª los tubérculos diseminados; 5.ª la induracion semi-cartilaginosa; 6.ª la atrofia renal con uno de los estados patológicos precedentes ó sin él; 7.ª la simple anemia. Muchos de estos estados patológicos no pertenecen á la enfermedad de Bright.

»Martin Solon adopta sobre poco mas ó menos las divisiones propuestas por Rayer. Reune la cuarta y la quinta forma en una sola (*De la Albuminurie*, etc., p. 194); en la quinta comprende alteraciones muy diferentes, las induraciones, las producciones tuberculosas y cancerosas, y aun los quistes. No es posible dar á estas enfermedades un título comun, ni referir afecciones tan diferentes á la enfermedad de Bright.

»Rayer distingue en la enfermedad seis formas, refiriendo numerosas observaciones de cada una de ellas (t. II, p. 99 y sig.). Nosotros solo describiremos cinco, confundiendo en una sola la cuarta y la quinta de Rayer, que son una sola alteracion.

»1.º *Primera forma ó variedad de nefritis albuminosa* (Rayer), *hiperemia renal* (Martin Solon), *congestion de los riñones* (Christison). El volumen de los riñones está aumentado; «en el adulto, dice Rayer, puede llegar su peso á ocho y aun doce onzas, en vez de las cuatro que tiene por término medio; su consistencia es firme, sin dureza, como la de los riñones hinchados por una inyeccion acuosa; su superficie tiene un color rojo mas ó menos vivo y gran número de puntitos de un rojo mas subido que el del resto del órgano. En los cortes que se dan al riñon se conoce que el aumento de volumen es debido á la hinchazon de la sustancia cortical, interiormente presenta esta sustancia muchos puntitos rojos, semejantes á los que se ven por fuera, y que segun mis observaciones, corresponden por lo comun á las glándulas de Malpigio, que estan muy inyectadas de sangre» (loc. cit., p. 99). La sustancia tubular está mas pálida, y sus estrias son menos perceptibles.

»Esta alteracion ofrece los caractéres de la hiperemia: el aumento de volumen, los puntos rojizos, y la solidez del tejido renal indi-

can un trabajo patológico, cuya naturaleza flegmásica se halla distante de estar probada. ¿Será esta hiperemia, como quiere Rayer, la primera fase de las alteraciones granulosas, amarillentas, atróficas, etc.? Nos parece muy dudoso (V. NATURALEZA); pero aun admitiendo que tal suceda, no creemos que la congestion sea de la misma naturaleza que la de la inflamacion; sino una congestion enteramente semejante á la que precede y acompaña á las alteraciones orgánicas mas diversas (induracion, hipertrofia, reblandecimiento). La prueba de que estas congestiones son muy diferentes de la flegmásica, es que tienen muy distinto resultado.

»*Forma 2.ª—Mezcla de hiperemia y de anemia.*—El tejido de los riñones está tambien hipertrofiado como en la forma precedente. Vénse en la superficie del órgano un jaspeado amarillo y rojo, estrias, estrellas y arborizaciones, que resaltan sobre el tejido amarillento y descolorido; esteriormente se notan abolladuras separadas por surcos blanquecinos ó mas pálidos que el resto del órgano. Si se divide este por su mayor grueso, se perciben en la sustancia cortical una multitud de estrellitas ó estrias longitudinales, semejantes á las que existen en la superficie del riñon. Esta sustancia es además amarillenta, y contrasta con la tubulosa, muy atacada de hiperemia y de un color rojo oscuro mas ó menos subido. La consistencia del órgano está algo disminuida. En último análisis vemos que el segundo grado de la enfermedad solo es una mezcla de hiperemia y de degeneracion amarillenta incipiente, sin que esta última haya atacado todavia á la sustancia tubulosa, que hasta mas adelante no participa del trabajo patológico. Asi es que solo por no cambiar el orden de las descripciones hemos conservado la segunda forma, que en rigor no merece tal nombre, siendo como es una lesion mista del primero y tercer grado de la enfermedad.

»*Forma 3.ª—Degeneracion amarillenta, primera forma de la enfermedad* (doctor Bright); *anemia del riñon.*—El riñon está hipertrofiado y pesa mas que en el estado normal; esteriormente presenta desigualdades y abolladuras separadas por surcos; su superficie ofrece un color amarillento, descolorido, enteramente particular, que se ha comparado con el de la carne de anguila (Rayer); Martn Solon dice que se parece al del pancreas (*oc. cit.*, página 199), y esta comparacion no carece de esactitud. El color amarillo no está igualmente repartido; Martin Solon ha encontrado vetas rojizas y puntos negros y apizarrados, últimos vestigios del segundo grado (*loc. cit.*).

»Cuando se corta el riñon por su borde convexo se vé que su tejido está amarillo ó abigarrado del mismo color y pardo (Bright). Martin Solon ha hecho una descripcion muy esacta de las lesiones que presentan las dos sustancias del riñon. «El tejido cortical hipertrofiado, dice este autor, penetra entre la sustancia tubulosa, envolviéndola y comprimiéndola. Cuando se examina esta sustancia, se encuentra que muchas de sus estrias, rojizas y radiadas, han desaparecido ó propenden á perder su color. En muchos puntos en que está adelantada la lesion, no se distinguen ya los tubitos, y participan enteramente de la degeneracion amarillenta de la sustancia cortical, con la cual se confunde la base de los conos, distinguiéndose solo por su vértice mamelonado, del cual se puede esprimir la orina. Ora se estiende mas la degeneracion á los tubos de las estremidades, ora á los del centro, ora por fin invade á unos y otros cuando la enfermedad llega á su mayor grado: sin embargo, siempre se encuentran algunas estrias rojizas, que permiten reconocer la sustancia tubulosa, sobre todo hácia los pezoncillos en que termina» (*loc. cit.*, p. 199). El tejido alterado está endurecido, friable y quebradizo, y algunas veces, sin ser enteramente lo que se llama granulado, está ligeramente granugiento y seco, pareciéndose al de un hígado craso. Rayer ha observado en algunos casos un ligero engrosamiento de la membrana mucosa de la pelvis y de los cálices; pero mas comunmente se hallan intactas estas partes. La espresion de anemia del riñon, empleada por algunos autores para designar este estado, es muy impropia; pues hay mucha distancia entre los caractéres de la anemia y los de la degeneracion amarillenta.

»*Forma 4.ª—Estado granuloso, estructura granulada de los riñones* (*granulated texture* de los médicos ingleses; *segundo grado de la enfermedad* del doctor Bright; *cuarta forma* de Martin Solon; *cuarta y quinta de Rayer*).—El riñon, mas voluminoso de lo regular, presenta en su superficie esterior una multitud de manchitas blanquecinas lechosas, comparadas no sin motivo por Martin Solon con grumos blancos, pultáceos, cremosos, mas ó menos blandos, á veces redondeados, pero con mas frecuencia irregulares, estrellados, estriados, diseminados como granos de sémola, ó dispuestos en chapas (ob. cit., p. 201). «Sin bastante fundamento, añade el mismo autor, se ha dado á esta lesion el nombre de granulacion, que da idea de una alteracion dura y consistente.» En efecto, los puntos blancos que ocupan la superficie del riñon no son prominentes, ni granulosos, como los tubérculos incipientes por ejemplo; sino que parecen depender de un depósito de materia blanquecina formada nuevamente en medio del tejido renal, y se manifiestan al través de la capa mas superficial de la sustancia cortical, que es lisa y suave.

»Cuando se divide el riñon en todo su espesor, se encuentran los mismos corpúsculos blanquecinos, implantados en la sustancia cortical pálida, amarillenta y degenerada; sin formar prominencia apreciable, ni poderse desprender de ella cuando se intenta hacerlo con la punta del escalpelo. Los corpúsculos blancos

son á veces tan numerosos, que cubren toda la sustancia cortical, desarrollándose hasta en las prolongaciones de la misma, que penetran hasta la base de los pezoncillos. Rayer ha visto las estrias de estos pezoncillos rechazadas y deprimidas hácia los lados como las estremidades flotantes de una gavilla de mieses. En otros casos los estremos y la capa mas esterna del tejido cortical son los puntos donde existe mas particularmente la alteracion. A menudo estan dispuestos los grumos blancos en forma de estrias irregulares, que se dirigen hácia la base de los conos tubulosos, donde dejan de percibirse.

»Ignórase la naturaleza de las granulaciones. ¿Serán partes constituyentes de la sustancia cortical alterada? asi lo creen algunos autores (Sabatier, *Consider. et observat. sur l'hydropisie symp. d'une lesion spécial des reins*, etc.; *Archiv. gén. de méd.*, segunda série, t. V, página 359; 1834). ¿Procederán de una secrecion intersticial? Segun esta última hipótesis deberia formarse un depósito de una materia animal estraña á la composicion del riñon. Bright y Martin Solon han abrazado esta opinion, aceptada mas generalmente que la primera.

Ademas de la presencia de los corpúsculos blanquecinos que caracterizan la cuarta variedad de la enfermedad de Bright, se nota tambien la degeneracion amarillenta del tejido renal, que existia ya en el tercer grado. Por otra parte la sustancia cortical es mas blanda y está notablemente hipertrofiada; forma la mayor parte del riñon, y se insinua entre los pezoncillos, que comprime y atrofia algunas veces hasta el punto de hacerlos desaparecer del todo.

»La sustancia tubulosa tiene un color encarnado vivo, que contrasta con la palidez y el tinte amarillo de la cortical.

»En resumen la hipertrofia y la degeneracion amarillenta de la sustancia cortical y la formacion de corpúsculos blanquecinos en este mismo tejido, son las lesiones caracteristicas del cuarto grado de la enfermedad, en el cual está principalmente alterada dicha sustancia cortical; sin embargo, se observa á menudo hiperemia en los pezoncillos, que tambien pueden estar rojizos y atrofiados.

»Rayer admite una quinta forma, en la cual está hipertrofiado el riñon, que es mas voluminoso, duro y pesado, que en el estado sano; su superficie está dividida en varios lóbulos por cisuras mas ó menos profundas, y debajo de la túnica celular hay muchos granitos blanquecinos, que compara con los de la sémola (Rayer, loc. cit., p. 102). Martin Solon ha confundido con razon esta variedad anatómico-patológica con la precedente, de la cual no se diferencia por ningun caracter esencial.

»*Forma 5.ª*.—*Sesta forma* de Rayer, *tercera* de Bright, *quinta* de Martin Solon. Bright, que hizo de ella su tercera variedad, la describió perfectamente: los riñones, cuyo volumen está aumentado ó disminuido, tienen una forma lobular y una dureza casi cartilaginosa; su superficie es desigual y áspera al tacto, presentando numerosas prominencias pequeñas, de color amarillo y de púrpura (Bright, *loc. cit.*, p. 68). La configuracion del órgano esta á menudo singularmente alterada, hallándose dividido por cisuras en un número variable de lóbulos desiguales, como en la forma precedente. Los corpúsculos blanquecinos ó granulaciones de Bright pueden faltar completamente; no obstante es mas comun encontrar cierto número de ellos, ya en la superficie del riñon, ya en la sustancia cortical. La cubierta fibrosa se desprende con cierta dificultad y está engrosada como el tejido celular subyacente.

»Si para formarnos una idea general de la nefritis albuminosa ó enfermedad de Bright, damos una ojeada á las alteraciones de los riñones que a ella se refieren, vemos ante todo una lesion, que consiste en una hiperemia evidente del riñon ó en una mezcla de hiperemia y de degeneracion amarillenta. En la tercera forma la degeneracion amarilla es completa; en la cuarta se agregan los corpúsculos blanquecinos (granulaciones); y por último en la quinta se altera el órgano en su configuracion esterior; adquiere su tejido una induracion considerable, y se arruga, pudiendo todavia desarrollarse en él corpúsculos blanquecinos ó faltar enteramente.

»Antes de investigar si estas cinco formas de la enfermedad se suceden en el orden con que las hemos descrito, y si deben considerarse como grados diferentes de una misma afeccion, conviene examinar si las lesiones anatómicas que las constituyen son ó no idénticas á las que se encuentran en otras enfermedades distintas de la *nefritis albuminosa*. ¿La hiperemia renal, suponiendo que sea el primer grado de la enfermedad, puede distinguirse de la hiperemia que se manifiesta en la nefritis simple, en las afecciones del corazon y en la plétora, etc.? En vano hemos buscado caractéres diferenciales entre estas diversas especies de hiperemias, pues ninguno hemos encontrado. Tampoco Rayer ha conseguido indicarlos. Añádase á esto que la orina puede cargarse de albúmina en las diferentes formas de hiperemia. En cuanto á la mezcla de hiperemia y de anemia se encuentra en otras afecciones distintas de la enfermedad de Bright. Nos quedan, pues, tres alteraciones del riñon, que son muy diferentes de todas las demas, á saber: la degeneracion amarillenta, el estado granuloso y la induracion con estado tuberculoso y granulado de los riñones. Estas pertenecen esclusivamente á la enfermedad de Bright, y representan, respecto del riñon, lo que en el hígado la cirrosis con sus diferentes grados.

»Podrian referirse á la nefritis albuminosa otras muchas alteraciones, si se quisiese formar una entidad patológica de todas las lesiones que dan lugar á hidropesias y á secrecion

de albúmina. Ya lo habia comprendido muy bien el doctor Bright cuando decia que se encontrarian en adelante otras alteraciones del riñon capaces de producir la hidropesia. Este autor cita particularmente el reblandecimiento de los riñones sin ninguna otra alteracion visible, la alteracion de la sustancia tubular por un depósito blanco y la hiperemia renal. El doctor Gregori refiere muchas observaciones de orinas albuminosas, en que los riñones estaban afectados de la enfermedad de Bright ó de otras alteraciones (*Altérat. organiques des reins, qui se manif. pend. la vie par la presence d'un excès d'alb. dans l'urine;* estr. de *The Edimb. med. and surg. journal*, octub. 1831, en *Arch. gén. de méd.*, t. XXVII y XXIX; 1832). Es pues indudable, que las alteraciones descritas primero por Bright, no son las únicas que producen la secrecion de orina albuminosa; y que si bien los tres grados que con tanto acierto ha pintado, son los que determinan este síntoma con mas frecuencia, tambien se le ha encontrado en otras muchas lesiones. Seria preferible describir las enfermedades del riñon con arreglo únicamente á su caracter anatómico predominante, y no conforme á su supuesta naturaleza (nefritis), ó á sus síntomas, que corresponden á veces á estados patológicos muy diversos.

»Bright se inclina á creer, que las tres especies de lesiones renales que describe son solo modificaciones unas de otras; y Rayer considera tambien sus seis formas de nefritis albuminosa como grados de una misma enfermedad; Littré encuentra entre las lesiones anatómicas que constituyen sus seis grados de nefritis una graduacion intermedia, que le parece enteramente natural. En la segunda forma se comprueba una mezcla de hiperemia que pertenece al primer grado, y de anemia que en la tercera forma se encuentra mas graduada. «El infarto sanguíneo se va borrando cada vez mas, y deja un tejido descolorido, hinchado y con muchos restos de una inflamacion que no ha podido resolverse» (periódico *l'Expérience*, t. I, p. 60; 1837). No seria facil á un anatómico-patólogo probar que la degeneracion amarillenta es una verdadera anemia, y todavia menos que esta es efecto de la inflamacion; porque no se ve que este trabajo morboso produzca semejantes efectos en los demas tejidos, y habria que admitir entonces que los riñones eran una escepcion de regla. Todavia está menos feliz Littré, cuando se esfuerza en demostrar que el estado granuloso, el depósito de corpúsculos blanquecinos ó de granitos semejantes á los de la sémola (forma 5.ª), y por último la induracion con deformidad de la superficie de los riñones, no son mas que formas diversas de la misma alteracion que trae su origen de la hiperemia renal y la nefritis (véase NATURALEZA).

»Becquerel ha investigado cual era el grado de frecuencia de las diferentes formas de la enfermedad, encontrando que de 84 autopsias tomadas de diferentes obras, correspondian 9 casos al grado 1.°, 24 al 2.°, 51 al 4.°, 5.° y 6.° de Rayer. De 45 autopsias hechas por él pertenecian 1 caso al grado 1.°, 17 al 2.°, 27 al 3.°, 4.°, 5.° y 6.° (*Semeiotique des urines*, página 491, en 8.°; Paris, 1841).

»Valentin, á quien se deben descubrimientos microscópicos importantes, ha hecho algunas observaciones acerca de la degeneracion de que nos estamos ocupando, cuyos resultados son los siguientes: «El examen microscópico, dice, manifestaba, que mientras los conductos rectos (conductos uriníferos) de la sustancia tubulosa estaban vacios ó solo contenian una corta cantidad de una materia muy líquida, los conductos tortuosos de la sustancia cortical estaban casi enteramente llenos de una materia amarilla parduzca, que en cierto modo los inyectaba y los hacia muy visibles. Si se examinaba una capa muy delgada de esta sustancia cortical con un microscopio de bastante aumento y á una luz viva, se reconocian las hermosas circunvoluciones de los conductos uriníferos. Su diámetro en la sustancia cortical era por término medio de 0,003500 de pulgada, y en la tubulosa de 0,005400.» Las circunvoluciones de los conductos, la sustancia intermedia, el diámetro y el modo de distribucion de los vasos sanguíneos, y en fin los corpúsculos de Malpigio, no ofrecian ninguna alteracion apreciable. Valentin ha comprobado en los conductos uriníferos tortuosos de la sustancia cortical la presencia de un líquido amarillento, formado por partículas granulosas irregulares, de volumen variable, corpúsculos moleculares y glóbulos amarillos de forma redondeada. Los conductos uriníferos rectos no contenian mas que una pequeña cantidad de estos elementos (estr. del *Repertorium für anatomie und physiologie*, 2 vol., cuad. II, p. 290; 1837.—*Period l'Expérience*, t. I, p. 366; febrero, 1838). Gluge ha hecho tambien una esploracion microscópica de los tejidos alterados, y sus investigaciones le han inclinado á creer, que la lesion consiste en una alteracion de la circulacion capilar de la sustancia, y particularmente de las glándulas de Malpigio (*Anatomisch microscopich Untersuchung zur allgemeinen und speciellen pathologie*, cuad. I; 1839). Ya habia observado Bright que el riñon enfermo no se dejaba penetrar por la materia de una inyeccion lanzada por las arterias (mem. cit. *Arch. génér. de méd.*, p. 552).

»Becquerel, que tambien ha intentado descubrir el asiento y la naturaleza de la alteracion, cree que reside en las glándulas de Malpigio, y que consiste en una infiltracion de estos órganos por una linfa plástica de naturaleza especial, de la que resulta su aumento de volumen y su hipertrofia. «Consecuencia de esta hipertrofia es la compresion de los tejidos interglandulares, que trae consigo la de los ramitos mas finos de los conductos urinarios y

de los vasos sanguíneos, y aun puede concluir por obliterarlos» (*Semeiotique des urines*, página 476, en 8.°; Paris, 1841). Este autor se ha cerciorado por medio de muchas inyecciones de que los vasos venosos y urinarios, asi como las glándulas de Malpigio, se hacen en parte impermeables. «No se podia penetrar mas que en los vasos medianos» (*loc. cit.*, página 481). Solo admite tres grados en la enfermedad de Bright: Primer grado: desarrollo de las glándulas de Malpigio á consecuencia de una congestion sanguínea, y probablemente compresion de los vasos que las rodean: solo en este grado es posible la curacion. Segundo grado: hipertrofia de las glándulas, debida á su infiltracion por una materia albuminosa amarilla, poco consistente todavia, y que probablemente proviene de una primera trasformacion de la sangre que las congestionaba en el primer grado, y que ha perdido su parte colorante. Tercer grado: hipertrofia de los mismos órganos con degeneracion amarillenta ó blanquecina, que resalta especialmente, porque no todas las glándulas estan alteradas en un mismo grado. Cuando la lesion se hace general, da un aspecto uniforme á la sustancia cortical alterada» (p. 487). Hemos referido bastante circunstanciadamente el resultado de las observaciones hechas por Becquerel, porque las ha practicado con esmero, y porque su objeto es poner en claro las alteraciones de estructura que padece el riñon en la enfermedad de Bright.

»Pueden desarrollase en los riñones algunas otras alteraciones coexistentes, como son quistes, tumores cancerosos, tubérculos y cálculos.

»*Alteraciones que presentan otras vísceras ademas de los riñones.*—Los autores, y particularmente Christison, hacen mérito de las alteraciones que presentan las demas visceras en la enfermedad de Bright; pero confunden á cada paso con los efectos de esta enfermedad otras alteraciones que son causa de ella. En 41 autopsias se han encontrado alterados 35 veces los pulmones, el corazon, el hígado y los intestinos, 22 veces el pulmon, 4 veces la pleura, 17 la glándula hepática, 7 el corazon y los vasos gruesos, 4 el peritóneo, y 1 el cerebro: 10 veces de 11 se ha encontrado un derrame de serosidad en la pia-madre, el ventrículo y la base del cerebro. Las hidropesias son muy comunes; sin embargo, de 45 casos han faltado en 21; proporcion que indudablemente es demasiado grande. Pero es muy secundaria la importancia de este cuadro, porque en él estan confundidas las causas con los efectos de la enfermedad.

»Las hidropesias se presentan con sus caractéres propios. Su sitio mas comun es por orden de frecuencia: el tejido celular, la cavidad del peritóneo, la pleura, el pericardio y la aracnoides. La serosidad que se encuentra en las membranas serosas es por lo comun trasparente, y no se altera ni se hace purulenta, sino cuando se desarrolla en la membrana serosa una flegmasia intercurrente, lo cual no es raro en la enfermedad de Bright. Becquerel ha hecho una estadística curiosa, con el objeto de averiguar el grado de frecuencia de los derrames, sus relaciones entre sí y con las lesiones de los riñones (ob. cit., pág. 494); y ha encontrado á menudo el edema pulmonal, que efectivamente es una lesion observada por todos los prácticos, y que muchas veces pone fin á la vida de los enfermos.

»Sintomatologia.—Vamos á describir los síntomas de la nefritis albuminosa de un modo general, empezando por los mas importantes. Cuando hablemos del curso de la enfermedad, indicaremos los que corresponden á la forma aguda.

»*Alteraciones que sobrevienen en las propiedades físicas y químicas de la orina.*—Estas alteraciones son el primer síntoma de la enfermedad, y aparecen mucho antes que se trastorne notablemente la salud; asi es que conviene buscarlas desde el principio y tan pronto como se sospeche la existencia del mal.

»La orina, casi siempre ácida cuando acaba de espelerse, es algunas veces neutra ó alcalina; en la forma aguda es rara, poco abundante, rojiza y muchas veces sanguinolenta (Bright). Lo mas comun es que la orina se parezca mucho á un suero no clarificado, y en el cual nadan copos blancos. En vez del color amarillento y trasparente que presenta en el estado normal, está turbia, revuelta, pálida y descolorida. A poco que se haya observado semejante orina, se puede sospechar por ella la existencia de una enfermedad de los riñones. Sin embargo, á veces conserva su trasparencia natural, y no se diferencia notablemente de la que se arroja en el estado sano. La falta de trasparencia depende, segun Rayer, de que la orina contiene unas laminitas delgadas y blanquecinas, una materia mucosa, glóbulos mucosos ó una materia grasa en suspension (*loc. cit.*, p. 114).

»En la enfermedad de Bright de forma crónica tiene la orina un olor fastidioso, desagradable, ú olor de caldo de vaca (Rayer). Cuando se acaba de arrojar, se ven en su superficie muchas burbujas, y esta disposicion á hacer espuma es mas evidente cuando se sopla el líquido con un tubito ó se le agita en un vaso.

»Comunmente tiene la orina muy poca gravedad específica; rara vez llega á 1,024: «suele variar entre 1,012 y 1,017, y aun algunas veces baja hasta 1,008 ó 1,006; el término medio de 22 esperimentos hechos por el doctor Bostock ha sido de 1,017» (Bright, mem. cit.). Las observaciones ulteriores han confirmado este resultado (Gregory, Christison). Los números 1,005 y 1,008 se presentan principalmente cuando la enfermedad es muy intensa. Martin Solon ha visto un enfermo, en quien varió la densidad de la orina sin ninguna causa apreciable de un dia para otro de 1,007 á

1,018 (*loc. cit.*, p. 217). En 26 casos observados por Becquerel la densidad media ha sido de 1,011 (p. 506). La disminucion de la densidad depende de la corta proporcion de urea, sales y materias orgánicas que contiene la orina: segun Rayer, no existe sino en la forma crónica, pues en la aguda la densidad de la orina es normal, á veces mayor y casi nunca menor que en el estado sano (*loc. cit.*, p. 107).

»La orina albuminosa permanece ordinariamente clara y trasparente, y solo deja un poco de sedimento formado por el epitelium ó glóbulos mucosos. Becquerel dice haber visto en algunos casos volverse alcalina la orina y formar sedimentos de fosfato y de carbonato de cal y de fosfato amoniaco magnesiano. Casi siempre contiene este líquido mucho ácido carbónico, que Becquerel atribuye á la descomposicion de la urea (p. 507). En 25 observaciones de enfermedad de Bright recogidas en su clínica, ha visto uno de nosotros que los depósitos mucosos y aun los sedimentos salinos no son tan raros como se ha dicho, advirtiendo que no habia complicacion alguna por parte de las vias urinarias.

»*Presencia de la albúmina.*—Uno de los mejores signos de la enfermedad es la presencia de la albúmina en la orina. Este nuevo producto es el que da al líquido espelido la propiedad de coagularse por la adicion de cierta cantidad de ácido nítrico, ó haciéndole hervir en un tubo espuesto á la llama de una lámpara de espíritu de vino Estos son los dos reactivos mas seguros y cómodos de manejar para el práctico. Ya en otro lugar hemos indicado algunos, á los que se ha renunciado casi enteramente en el dia (V. ANASARCA), y en las obras de semeyótica y clínica médica se indican las precauciones que conviene tomar para que aparezca la mas pequeña cantidad de albúmina, y distinguirla de ciertas sales y de otros principios contenidos en la orina. Ahora solo añadiremos, que es preciso emplear siempre sucesivamente el ácido nítrico muy puro y el calor. La albúmina segregada por el riñon es á veces tan abundante, que se ha visto cuajarse la orina en masa (Martin Solon, p. 221). Christison dice que la mayor proporcion de albúmina es de catorce por ciento. Este principio se manifiesta de un modo constante y durable hasta el dia de la curacion ó de la muerte. Gregory cree con Prout, que la albúmina existe en la orina bajo una de las dos formas que este último autor llama albúmina naciente y albúmina que empieza á organizarse (mem. cit., *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, página 267; 1832).

»Una de las alteraciones mas visibles de la orina es la *notable disminucion de la urea*, notada por Bostock (mem. cit. de Bright) antes que por otro alguno. «El cambio fundamental que esperimenta la secrecion urinaria, dice Christison, es una disminucion en la cantidad proporcional de la urea. Esta disminucion era muy notable en todos los casos observados por este autor; de modo que la cantidad de dicho principio rara vez escedia de una mitad de la proporcion normal, y en algunos casos apenas llegaba á la quinta parte (mem. cit., *Archives gén. de méd.*, t. XXIV, p. 417; 1830). En un enfermo observó, que cuando se aumentaba la secrecion urinaria, y por consiguiente se hacia mas considerable la cantidad de urea, aproximándose á la proporcion ordinaria ó escediendo de ella, disminuia la hidropesia con mucha rapidez (pág. 418). Esto ha inducido á muchos médicos á administrar la urea á los sugetos atacados de la enfermedad que nos ocupa. Por lo demas Christison ha comprobado con numerosos esperimentos, que la proporcion de la urea varia mucho, y que muchas veces se conserva como en el estado normal.

»¿La secrecion de la albúmina está destinada á reemplazar la de la urea? Las análisis que ha hecho Christison para resolver esta duda le han demostrado, que cuando la orina está pálida tiene poca gravedad específica y una corta cantidad de sales y de urea, es tambien muy pequeña la proporcion de albúmina; mientras que por el contrario cuando la proporcion de urea es muy grande, sucede lo propio con la de la albúmina. Bostock habia obtenido el mismo resultado, segun la memoria publicada por Bright (mem. cit., *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, página 418; 1828). Segun Prout, «aunque no deba considerarse la albúmina como un equivalente de la urea, parece sin embargo muy probable que la presencia de esta sustancia en la orina, como en los líquidos derramados en las grandes cavidades y en el tejido celular dep nda de la permanencia en la economía de la urea y las sales que debian espelerse de ella.» Este autor considera la urea como un producto albuminoso y como uno de los dos principios en que es susceptible de descomponerse esta última sustancia (*On the application of chemistry to physiology, pathology and practice; Lond. med. gazet.*, 25 junio, 1831). Si estuviese demostrado este hecho, se esplicaria con facilidad la secrecion albuminosa. Pero está lejos de ser asi, y ya hemos visto que los análisis hechos por Christison y Bostock no favorecen tal opinion.

»*La disminucion de las sales* es, como la presencia de la albúmina y la disminucion de la urea, una de las alteraciones mas importantes de la orina en la enfermedad de Bright. Los uratos y los fosfatos se encuentran en ella en una proporcion mínima (Rayer, ob. cit., página 117), aunque Christison dice haber encontrado bastante á menudo fosfatos y depósitos de carbonato de amoniaco (p. 34). El ácido oxálico que determina la precipitacion de las sales calcáreas no produce ningun precipitado en la orina. Martin Solon ha propuesto servirse de este reactivo, para conocer el momento en que la enfermedad marcha á su curacion.

»La presencia de la sangre en proporcion notable en la orina, ó solamente de algunos de sus glóbulos los cuales solo pueden descubrirse con

el microscopio, es un carácter muy importante de la afeccion; pero que no se manifiesta ordinariamente sino al principio y cuando la enfermedad es aguda. La orina es rojiza ó presenta un color subido muy marcado; á veces parece agua de lavar carne. Deja un sedimento oscuro, formado por los glóbulos y la fibrina de la sangre, si es mucha la cantidad de este líquido que contiene en suspension.

»*La cantidad de orina* escretada en 24 horas está, segun la mayor parte de los autores, notablemente disminuida, y esta disminucion, que en nuestro sentir es un hecho incontestable, la ha comprobado tambien Martin Solon (p. 215). Rayer dice que el número de emisiones de orina es variable; que en la forma aguda es mayor muchas veces que en el estado sano (página 108), y que lo mismo sucede en la forma crónica (p. 117). Es raro que el acto de orinar sea doloroso, á menos que esté irritada la vejiga ó que contenga cuajarones sanguíneos que procure espeler. Sin embargo, Christison dice que la emision de la orina es dolorosa y mas frecuente que en el estado normal durante la noche (*On granular degeneration of kidnies*, p. 31, en 8.º; Edimb., 1839).

»*Dolores de los riñones.*—En el primer grado de la enfermedad, cuando los órganos de la secrecion urinaria estan congestionados, sienten los enfermos un dolor sordo, una especie de constriccion ó de peso en la region de los lomos ó de los riñones, que atribuyen muchas veces á un reumatismo lumbar. En las mujeres se trasmite el dolor desde los lomos á los muslos, lo que pudiera dar una idea falsa del sitio del mal. En la forma crónica de la enfermedad de Bright es raro encontrar este dolor. Rayer nunca ha tenido ocasion de observar dolores lancinantes que sigan el trayecto de los uréteres ni retraccion del testículo (ob. cit., p. 108); Christison los ha visto estenderse hácia la parte interna del muslo y las esternas de la generacion.

»*La presion* ejercida en la region renal y los movimientos del tronco rara vez desarrollan dolor, á no ser en los casos en que el enfermo solo ha llegado al primero ó segundo grado. La *percusion* aconsejada por Piorry puede, practicándola con esmero, revelar el aumento de volúmen de los riñones; pero los síntomas que da esta especie de esploracion son demasiado secundarios é inseguros para que nos detengamos en ellos.

»*Hidropesias.*—Despues de la secrecion de la albúmina el mejor signo de la enfermedad de Bright es el derrame de serosidad en el tejido celular y en las cavidades esplánicas. Con todo, las hidropesias son un accidente menos constante que la secrecion de orina albuminosa. Hemos dicho que el doctor Christison ha visto faltar la hidropesia 21 vez en 40 casos, y el doctor Gregory dice que de 80 casos no se desarrolló la hidropesia en 22; pero es probable que entre sus observaciones hubiese algunas enfermedades del riñon que no perteneciesen á la de Bright. De 69 observaciones recogidas por Becquerel solo en tres casos han faltado las hidropesias. Cree este autor que no hay tendencia á la produccion de derrames serosos: 1.º cuando la lesion renal se desarrolla de un modo agudo y rápido, como en la escarlatina; 2.º cuando hay tubérculos pulmonales ya adelantados ó una afeccion escrofulosa (ob. cit, página 532). Examinando el mismo autor 79 observaciones contenidas en la obra de Rayer, ha visto que de 10 casos en que habia existido enfermedad de Bright sin hidropesia, cinco veces habia coexistido la alteracion renal con tisis; una con afeccion del corazon complicada con neumonia; otra con escarlatina; otra con la convalecencia de una pleuresia y de una pulmonia lobulicular; otra con una enfermedad del bazo, y por último otra vez se habia presentado en un sugeto que solo tenia síntomas generales.

»El sitio mas comun de la hidropesia es el tejido celular, particularmente el de las estremidades inferiores: lo primero que echa de ver el enfermo es que se le hinchan los pies y los tobillos por la noche, cuando ha estado de pie mucho tiempo. El edema, aunque poco marcado al principio, no desaparece tan bien por la posicion horizontal, como cuando es producido por una enfermedad del corazon; muy luego se infiltran los párpados y el rostro, y aun muchas veces todas las partes del cuerpo estan simultáneamente atacadas de edema. Los enfermos sienten al despertarse incomodidad y dificultad de abrir los ojos, les cuesta trabajo cerrar las manos, y no tardan estas en presentar un edema manifiesto: entonces se hace general la infiltracion serosa (anasarca).

»La época en que se manifiesta la anasarca es bastante variable. Observa Rayer que en la forma aguda se presenta la hidropesia general con una rapidez estraordinaria; se manifiesta á un tiempo en los párpados, en el rostro y en los miembros inferiores, estendiéndose con mucha prontitud á todas las partes del cuerpo. Uno de nosotros tiene seis observaciones en que se desarrolló la anasarca de un modo agudo y general. Algunas veces abandona el edema una parte para dirigirse á otra (Rayer, ob. cit., p. 109). En las formas crónicas de la enfermedad de Bright es lento y gradual el desarrollo de la anasarca. La hidropesia del tejido celular se parece á la que ocasionan las demas afecciones. Gregory asegura que rara vez llega á un grado muy estremado, á no haber alguna enfermedad del corazon ó de cualquier otra víscera (memoria citada, *Arch. gén. de méd.*, t. XXX, p. 252; 1832), lo cual es esacto. Sin embargo, cuando ha durado mucho la enfermedad, reproduciéndose con frecuencia la hidropesia, se hace esta considerable, y en los últimos tiempos del mal pueden llenarse de líquido las cavidades de las membranas serosas. Becquerel ha visto en 69 enfermos 66 casos de anasarca, y ademas uno de ascitis: todos tenian infiltra-

das las estremidades inferiores (ob. cit., página 535). Ordinariamente es propia la ascitis de un grado adelantado de la hidropesia, la cual se presenta en los miembros y el tronco antes de ocupar las cavidades serosas.

»El hidrotorax se manifiesta en los últimos tiempos de la enfermedad, y ocupa casi siempre los dos lados del pecho. Le acompaña con frecuencia el edema pulmonal, y afecta una marcha insidiosa y á menudo latente. El derrame en el pericardio es muy raro, y se verifica tambien hácia el fin del mal. Encuéntranse igualmente colecciones serosas en los ventrículos cerebrales y en el conducto raquidiano: los síntomas que determinan los indicaremos al hablar de las alteraciones de los diferentes aparatos.

»Una análisis química hecha por el doctor Barlow le ha revelado la presencia de la urea en el líquido seroso que llenaba los ventrículos cerebrales de un enfermo en quien existia la degeneracion granulosa de los riñones. El mismo principio se ha encontrado tambien en el líquido de la ascitis.

»*Alteracion de la sangre.*—La mas importante de todas estas alteraciones es la disminucion, muchas veces considerable, de la albúmina contenida en el suero de la sangre. Hállase demostrado este hecho por las investigaciones de Bostock, Christison y Gregory. El primero encontró en un caso que la gravedad específica del suero de la sangre era casi la misma que la de la orina alterada (1,013). En 7 casos en que Gregory ensayó la densidad del suero, vió que variaba entre 1,018 y 1,025, siendo la densidad normal de 1,029 (Marcet) ó 1,030 (Jurine, Gregory). «Incluyendo en el cálculo, dice Gregory, un esperimento hecho por Bostock, otros dos por Christison, y otro por Babington, he encontrado por término medio de estas once observaciones solo 1,021 y una fraccion. En todos los casos que he tenido ocasion de observar he visto siempre una disminucion manifiesta en la proporcion de la albúmina contenida en el suero de la sangre» (mem. cit., *Arch. génér. de méd.*, t. XXX, p. 269; 1832). Rayer ha visto la densidad del suero reducida á 1,013, 1,019, 1,020, 1,022 (ob. cit., p. 122). La disminucion de esta densidad es proporcionada á la cantidad de albúmina que pasa á la orina. Rayer dice que en el primer periodo de la enfermedad todavia no ha disminuido sensiblemente la gravedad específica del suero, y que esta es muy corta en el segundo período y cuando se aproxima la muerte, y los enfermos pierden mucha albúmina por la orina. Establece contra la opinion de Christison, que está lejos de aumentarse la densidad del suero hácia el fin de la enfermedad.

»Christison reconoce que la cantidad de materiales sólidos del suero puede bajar desde 100 ó 102, que es su estado normal, hasta 68 y aun 61 desde el principio del mal (*loc. cit.*, p. 61). Andral y Gavarret no creen que se pueda apreciar rigurosamente la cantidad de albúmina y de sales contenidas en la sangre por el examen de la densidad del suero. «¿Dependerá solamente la disminucion de esta densidad de la menor proporcion de albúmina, y por el contrario habrá fundamento para dar por prueba de la disminucion de la albúmina en la sangre la disminucion decreciente de la densidad del suero á medida que se repiten las sangrias? No lo creemos asi» (*Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang*, p. 97, en 8.°; Paris, 1840).

»Andral y Gavarret se han convencido por medio de repetidas análisis, de que en la enfermedad de Bright disminuyen notablemente las partes orgánicas de los materiales sólidos del suero, formadas esencialmente de albúmina, y tanto mas cuanto mayor cantidad de albúmina se encuentra en la orina; confirmando de este modo los resultados obtenidos por Bostock, Christison y Gregory. En tres casos de enfermedad de Bright han visto disminuir los materiales orgánicos del suero desde su guarismo medio 72 á 61,5, 60,8 y 57,9. En ninguna otra enfermedad se encuentra semejante disminucion de los materiales orgánicos (mem. cit., página 93). Han comprobado, que á medida que desaparecia la albúmina de la orina, subian los materiales orgánicos del suero, hasta volver al estado normal cuando dejaba la orina de contener albúmina. Hállase pues demostrada esta alteracion de la sangre en los casos en que los riñones segregan albúmina.

»Otra alteracion mas variable de la sangre, y comprobada por primera vez por Andral y Gavarret, es la disminucion de la cantidad de los glóbulos, que de 127 por cada 1000 han bajado en un caso á 61 y en otro á 82 (mem. cit., página 94). Esta disminucion de los glóbulos, comun á todas las anemias, cualquiera que sea su causa, se esplica en la enfermedad de Bright, por la pérdida contínua de albúmina y por la debilidad de todo el organismo. Semejante estado no es mas que un empobrecimiento ocasionado por la sustraccion continua de la albúmina, asi como en la anemia simple la disminucion de los glóbulos depende de pérdidas de sangre ó de una alteracion profunda de la nutricion. Tal es el punto de vista bajo el cual conviene considerar la disminucion de los glóbulos, notada ya por Christison en el tercer período de la enfermedad, que es efectivamente en el que mas se echa de ver. Al principio la pérdida de la albúmina, ni es tanta ni dura tanto tiempo que pueda producir una anemia muy marcada; y asi es que no empiezan á disminuir los glóbulos hasta que se manifiesta la hidropesia.

»Andral refiere con razon el desarrollo de la hidropesia á la disminucion de la albúmina de la sangre. «¿Provendrá, dice, directamente de la enfermedad de los riñones, como de las enfermedades del corazon ó del hígado? No es posible admitirlo: la influencia que ejerce el

riñon en la formacion de la hidropesia es puramente indirecta, y solo porque una modificacion de su estructura quita á la sangre su albúmina; de modo que la disminucion de esta es lo que debe considerarse como causa verdadera de la hidropesia» (*Essai d'hematologie pathologique*, p. 154, en 8.°; Paris, 1843). Vemos pues que en último resultado la causa de los derrames serosos y de otros muchos desórdenes de que hablaremos mas adelante, es una alteracion consecutiva de la sangre.

»La fibrina no está alterada en sus proporciones, cuando la enfermedad de Bright no ofrece alguna complicacion flegmásica (Andral y Gavarret, pág. 94). Este resultado negativo de la análisis química es de la mayor importancia, porque demuestra de un modo perentorio que la enfermedad de Bright, tanto en su forma aguda como en la crónica, no es una inflamacion. Adviértase sin embargo que el desarrollo de una flegmasia intercurrente, cualquiera que sea su sitio, aumenta la cantidad de fibrina absolutamente como si no existiese la enfermedad de Bright, y que por consiguiente se puede encontrar una costra sobre el coágulo, y este contraido y presentando los demas caractéres propios de la sangre de las flegmasias. Esta circunstancia esplica la disidencia que se observa entre los autores que han descrito los diversos estados que presenta la sangre. Unos han encontrado coágulos pequeños, cubiertos de costra, con bordes redoblados, lo que podia depender de una de esas inflamaciones intercurrentes que se manifiestan con tanta frecuencia en el curso de la enfermedad de Bright; y otros han visto á menudo el coágulo ancho, voluminoso y sin consistencia. Por otra parte es preciso recordar, que el aumento de la cantidad de fibrina con relacion á los glóbulos, que estan disminuidos (61-82), basta para dar origen á esos coágulos pequeños y cubiertos de costra que se encuentran en la cloro-anemia. En el mayor número de casos forma la sangre un coágulo ancho, bastante blando, y que sobrenada en una gran cantidad de serosidad. Llamamos la atencion de los prácticos sobre todos estos hechos, porque no se habian esplicado aun, y parecian contradictorios antes que se estudiaran las alteraciones de la sangre: su conocimiento es de mucha utilidad para la terapéutica.

»La cantidad de agua está ligeramente aumentada (801-849-867, en lugar de 790) (Andral y Gavarret, mem. cit., p. 94), y este aumento es debido á la disminucion de los glóbulos. El suero de la sangre tiene, segun Bostock, Bright y Gregory, un aspecto blanquecino y mas o menos análogo al del suero de leche; Rayer ha observado lo mismo, particularmente en la nefritis albuminosa crónica (*loc. cit.*, p. 123).

»Bostock y Prout han encontrado en la sangre de un sugeto que padecia la enfermedad granulosa de los riñones una materia muy análoga á la urea; Christison se ha cerciorado por repetidas análisis, de que esta materia es verdaderamente urea, habiendo podido obtener cristales muy perceptibles de nitrato de urea (memoria citada, *Arch. gén de méd.*, t. XXIV, página 421; 1830); pero de cinco casos solo la ha encontrado en dos. Martin Solon dice haberla buscado en vano (ob. cit., p. 225); Rayer asegura que se puede obtener alguna cantidad variable y siempre muy corta (ob. cit., página 123). «Siete análisis, dice Becquerel, se han hecho con el mayor cuidado, con el objeto de averiguar si la sangre contenia urea: dos por Le Canu, tres por Quevenne y dos por mí; en ninguno de estos casos se ha encontrado la menor señal de urea» (ob. cit., p. 513). Se necesitan pues nuevas investigaciones para dar á conocer en qué casos existe la urea mezclada con la sangre, y en cuáles falta. Christison asegura en su última obra que ha encontrado constantemente una cantidad notable de urea en la sangre cuando estaba disminuida la secrecion urinaria, y que por el contrario solo habia señales de ella cuando era normal la cantidad de dicho líquido.

»El microscopio nada enseña acerca del estado de la sangre en la enfermedad de Bright, aunque muchos autores dicen lo contrario.

»*Síntomas suministrados por las alteraciones de los diferentes aparatos.*—La enfermedad en su forma crónica se anuncia desde luego por la alteracion de la secrecion de la orina, que sobreviene sin causa conocida ó á consecuencia de un enfriamiento ó de algun desarreglo en el régimen. Al cabo de mas ó menos tiempo se manifiestan la anasarca y las hidropesias, y á estos derrames deben atribuirse la mayor parte de los síntomas graves que se manifiestan en los aparatos respiratorio y circulatorio.

»La lengua está natural en toda la duracion de la enfermedad; pero se seca hácia el fin. El apetito se conserva, á no ser que haya fiebre ó alguna complicacion. Gregory y Christison (ob. cit., p. 85) han observado vómitos y diarrea en cierto número de enfermos: estos síntomas, segun Martin Solon, son mas comunes en la nefritis aguda (*loc. cit.*, p. 227), y dependen á veces de complicaciones que se desarrollan en la membrana mucosa intestinal; pero mas comunmente son independientes de toda alteracion apreciable. Lo mismo puede decirse de las alteraciones que se manifiestan en las demas funciones: resultan del desarrollo de la hidropesia ó de complicaciones muy diversas (véase COMPLICACIONES). Tal es en particular la causa mas ordinaria de la disnea, que tan á menudo se observa en los últimos tiempos de la enfermedad, y que depende de una bronquitis, un edema pulmonal, ó un hidrotorax. Nunca debe descuidar el médico la esploracion atenta y repetida de los órganos respiratorios, á fin de descubrir las diversas alteraciones que suelen presentar. La disnea habitual que se observa en muchos enfermos, proviene con frecuencia de la hidropesia ascitis, que se ha-

ce considerable al acercarse la terminacion fatal.

»La fiebre, caracterizada por aceleracion del pulso y calor de la piel, solo se observa en la forma aguda, y sobre todo en el momento de la invasion. En la forma crónica es un fenómeno escepcional y que se refiere al desarrollo de alguna flegmasia ó de complicaciones intercurrentes. El pulso se acelera en los últimos dias de la enfermedad, y algunas veces adquiere una dureza insólita (Martin Solon, p. 222). Cuando se auscultan las arterias, se puede comprobar con facilidad los ruidos anormales que tan frecuentemente se observan en la anemia y en diferentes caquexias. Hemos oido á menudo el ruido de fuelle en sugetos que estaban ya infiltrados, y sobre todo hácia el fin de la enfermedad, cuando son considerables la pérdida de la albúmina y las hidropesias. Sin embargo, uno de nosotros le ha observado en algunos casos en que aun estaba la enfermedad poco adelantada.

»Los enfermos se quejan muy á menudo de dolores gravativos de cabeza, de cefalalgia frontal y cansancio; su inteligencia está perfectamente despejada hasta el fin de la enfermedad, y es raro que sospechen la gravedad de su mal. Cuando se aproxima la muerte, tienen soñolencia y coma, y algunos convulsiones. Uno de nosotros ha visto varios casos en que padecieron los sugetos por cuatro ó cinco dias una soñolencia de la cual era posible sacarlos todavia; pero al acercarse la muerte la reemplazaba el estado comatoso. Cuando estos síntomas duran mucho tiempo, se encuentran derrames serosos en los ventrículos, ó una infiltracion de la misma naturaleza en la pia madre. Se los ha atribuido á una modificacion de la inervacion cerebro-espinal, ocasionada por la alteracion de la sangre. Muchas veces no se encuentra ninguna lesion que pueda esplicar el desarrollo de tales síntomas.

»La piel está generalmente tersa y lustrosa, como en la anasarca (V. esta enfermedad); presenta un color pálido, anémico, trasparente; algunas veces está amarillenta y semejante á la de las caquexias. La traspiracion se encuentra disminuida, y la piel casi siempre seca.

»De la enumeracion de los síntomas que acabamos de hacer, resulta que la enfermedad de Bright escita en general pocas alteraciones simpáticas en los demas aparatos y que su influencia patogénica no es muy notable. Solo en razon de las hidropesias y de la alteracion de la sangre llega á obrar en las demas funciones.

»Curso, duracion, terminacion.—Ahora que conocemos los síntomas de la enfermedad, nos será facil presentar un cuadro sucinto de ella, segun que su curso sea agudo ó crónico.

»*Forma águda.*—Corresponde, por lo que hace á la lesion anatómica, á las formas 1.ª y 2.ª que hemos descrito, muy rara vez á la 3.ª y á la 4.ª Rayer ha hecho de ella una escelente descripcion, que nos servirá para la nuestra. La enfermedad empieza ordinariamente por algunos síntomas generales, como escalofrios seguidos de calor, frecuencia y dureza del pulso, cansancio y sed. La orina presenta casi al mismo tiempo y muy á los principios alteraciones notables; es rara, rojiza ú oscura en razon de la mucha sangre que contiene; esta forma una especie de sedimento rojizo, en el cual es fácil reconocer la fibrina y los glóbulos sanguíneos. Algunas veces solo tiene la orina un viso rojizo; pero con el microscopio se descubren en ella glóbulos sanguíneos. Al cabo de algunos dias recobra el líquido su color cetrino natural, ó se descolora y presenta los caractéres que ya hemos descrito. Puede muy bien volver á presentarse muchas veces sangre en la orina.

»Siempre se encuentra albúmina en la orina en proporcion muy notable. Rayer ha observado que habia frecuentemente menos cantidad en la orina oscura que en la pálida y descolorida. La proporcion de la urea y de las sales no está siempre disminuida de un modo muy notable, y aun algunas veces se encuentra la orina en su estado normal respecto de este punto. Tambien puede ser natural su densidad y rara vez está disminuida. La cantidad del líquido urinario es menor de lo regular.

»En esta forma es en la que principalmente se manifiestan dolores sordos hácia las regiones renal y lumbar, escitándose ó aumentándose con la presion y con la percusion.

»La anasarca adquiere frecuentemente en un tiempo muy corto un grado de intension considerable, y reviste la forma que los autores han descrito á menudo con el nombre de *anasarca activa*: sin embargo, tarda muchos dias en formarse. La infiltracion empieza por los miembros inferiores y algunas veces por la cara ó los brazos. Cuando ha llegado á ser muy graduada, está la piel tirante, caliente, y no conserva tan bien la presion del dedo como en la forma crónica (V. Anasarca).

»La sangre está alterada del mismo modo que en la forma crónica: cuando el coágulo que se obtiene por medio de la sangria está contraido y cubierto de una costra con bordes redoblados, como lo ha visto Rayer, nos parece que esto depende de que hay alguna flegmasia concomitante. Uno de nosotros ha observado muchas veces esta coincidencia en los casos en que presenta el coágulo dichas modificaciones.

»En la forma aguda puede la enfermedad terminar por la curacion en el espacio del segundo, tercero ó cuarto septenario (Rayer, página 111). Desaparece la fiebre, que sin ser muy intensa, persiste durante todo el curso de la enfermedad. Algunas veces se anuncia la curacion por sudores copiosos, orinas mas abundantes, desaparicion de la albúmina que tenia este líquido, y aumento de la urea y de las sales.

»Tambien se observan exacerbaciones. En

algunos sugetos que se creian curados, se presenta de pronto la anasarca y vuelve á salir la albúmina en mayor proporcion en la orina. Estas recaidas se esplican algunas veces por el frio ó por los escesos en el régimen. En los hospitales de Paris sucede frecuentemente, que creyéndose curados los enfermos piden el alta, y algunos dias despues vuelven a entrar con un edema de los miembros y de la cara. Algunos recobran todas las apariencias de la salud; cesa la hidropesia; pero la orina permanece albuminosa aunque en grado muy débil. En tal caso debe inspirar graves inquietudes la suerte de los enfermos. Efectivamente, algunos meses ó años despues del primer ataque suelen tener otro nuevo mas peligroso.

»Mas comun es la terminacion por el paso del estado agudo al crónico, el cual tiene lugar despues de muchas recaidas. El caso mas ordinario es cuando la anasarca y la albuminuria persisten sin interrupcion y adquieren cada dia mas intension. La enfermedad de Bright debe considerarse como crónica cuando dura mas de un mes ó cinco semanas.

»La terminacion fatal de la enfermedad en el estado agudo depende á menudo del desarrollo de una flegmasia, tal como una pleuresia, una pericarditis, una pulmonia, ó de síntomas cerebrales.

»2.º *Forma crónica.*—Poco tenemos que añadir al cuadro de los síntomas que hemos espuesto ya. La enfermedad de Bright empieza como las afecciones crónicas, es decir, sin dar lugar á síntomas agudos y dolorosos que obliguen á los enfermos á reclamar inmediatamente los auxilios de la medicina. El edema de los miembros inferiores y de la cara es lo que primero llama la atencion del médico, lo que le hace esplorar la orina y descubrir al punto la alteracion característica. Algunas veces tambien el color anémico y un ligero abotagamiento de la cara son los primeros accidentes que se desarrollan y sirven al médico de guia para formar el diagnóstico.

»Los principales síntomas de la enfermedad de Bright sufren en su enlace, intension y duracion, tan grandes variaciones, que es difícil asentar acerca de este punto reglas generales: la hidropesia, por ejemplo, se aumenta, disminuye y aun desaparece por completo, y solamente los riñones continuan segregando albúmina. Pero al cabo de cierto tiempo, ya sin causa conocida, ya por la influencia del frio, de la humedad, ó de un alimento insuficiente o de mala calidad, adquiere la hidropesia mas intensidad, ó vuelve á presentarse si habia disminuido momentáneamente. En este caso no hay verdaderamente recidiva, sino una simple recaida; pero no sucede lo mismo cuando ha desaparecido enteramente la albúmina de la orina, bien que este caso es mucho mas raro que el primero. Es útil que el práctico conozca estas variaciones de la enfermedad de Bright, para que no considere como definitivamente curados á sugetos que solo se han aliviado, y sobre todo para que no atribuya á los remedios empleados virtudes curativas que no tienen. Es necesario guiarse absolutamente por la presencia de la albúmina, si se quiere tener una idea esacta del curso de la enfermedad y de su terminacion probable.

»Despues de uno ó mas ataques de la enfermedad, ó cuando esta ha seguido algun tiempo un curso continuo y creciente con regularidad, aumentan de intension la hidropesia y la albuminuria, porque la alteracion renal se ha hecho tambien mas intensa y mas incurable, y la de la sangre ha introducido en todas las funciones trastornos profundos que es imposible disipar. Entonces es cuando hace la caquexia progresos rápidos; la cara se pone pálida; las digestiones se alteran; el enfermo pierde el apetito, se ve acometido de vómitos y de una diarrea continua, que es de mal agüero; las fuerzas decaen; la respiracion se dificulta; se declara calentura; la piel se pone caliente y seca; la sed es viva, y la soñolencia, el coma y algunas veces el delirio, vienen á marcar el último período de la enfermedad. Muchas veces se acelera el término fatal por alguna complicacion ó por el aumento progresivo de una hidropesia torácica ó abdominal.

»La duracion de la enfermedad de Bright es variable, y casi siempre termina por la muerte despues de haber durado muchos meses y aun años.

»Especies y variedades.—Solo ofrece la enfermedad de Brigh las dos formas que hemos descrito: háse hablado tambien de *formas complicadas*; pero las estudiaremos entre las complicaciones. Réstanos decir algunas palabras de la *enfermedad de Bright en los niños*. Becquerel, que la ha descrito con separacion, fundándose en 23 observaciones, nada de particular ha encontrado en los caractéres de la enfermedad. «La misma alteracion en los riñones, las mismas hidropesias, las mismas flegmasias intercurrentes, por último, las mismas lesiones orgánicas que probablemente datan de una fecha anterior, y que han podido dar orígen á la alteracion de los riñones.» (ob. cit., p. 367). En los niños es muy frecuente la enfermedad despues de la escarlatina, y entonces presenta la forma aguda. Se ha observado tambien en las afecciones escrofulosas, en cuyo caso sigue un curso crónico.

»Complicaciones.—La enfermedad de Bright rara vez está exenta de complicaciones. Es difícil entenderse acerca del sentido que debe darse á esta palabra, y por lo tanto hacer cesar la estraña confusion que se encuentra en las obras que tratan de la afeccion que nos ocupa. Bright considera las lesiones del corazon como efectos de la alteracion de la sangre, y á esta como consecuencia de la enfermedad del riñon. Christison, Anderson y otros, sostienen tambien esta opinion, con la sola restriccion de que en algunos casos es la enfermedad del

corazon anterior á la de los riñones. Segun este modo de pensar, las enfermedades del corazon podrian ser unas veces efecto ó complicacion y otras causa de las alteraciones renales. El doctor Darwal atribuye primero estas alteraciones á las enfermedades de los órganos respiratorios y circulatorios, y en seguida reconoce que en otros casos son estas últimas enfermedades consecuencias de la afeccion renal (Artículo *Dropsy*, *The cyclop. of practic. medic.)*; de modo que unas mismas alteraciones son á la vez causa y efecto. En cuanto á nosotros, no pudiendo disipar la oscuridad que reina en este asunto, nos referiremos al verdadero sentido de la palabra complicacion, y solo describiremos con este título las enfermedades que estan bajo la influencia bien demostrada de la enfermedad de Bright, y que se desarrollan en su curso: las demas las estudiaremos en el sitio que les está ordinariamente consagrado (V. Etiologia).

»Bright en un importante estado hecho con las autopsias de cien cadáveres, establece del modo siguiente el grado de frecuencia de cada complicacion: *Pleuras:* hidrotorax 41; flegmasias antiguas de las pleuras 40; recientes 16; estado sano 29.—*Pericardio:* adherencias antiguas 6; hidropericardias 23; flegmarias recientes 8.—*Peritóneo*: adherencias antiguas 10; peritonitis reciente 12 ó 13 veces; ascitis 23.—*Aracnoides*: inflamacion 13; infiltracion de serosidad 29; hidropesia ventricular 6.—*Corazon*: hipertrofia con lesion de las válvulas ó sin ella 67; estado sano 33.—*Pulmon*: edema 31; neumonia aguda 6; crónica 3.—*Hígado*: sano 40; congestion ligera 32; estado enfermo 18; degeneracion grasienta 2.—*Estómago*: irritado en diferentes grados 18; enfermedad en los *intestinos delgados* 19 veces. De 70 sugetos en quienes era conocida la causa de la muerte, 30 veces habian existido síntomas de coma, de epilepsia, de apoplegia, ó de convulsiones. La ingurgitacion pulmonal, el hidrotorax y las flegmasias de las membranas serosas son tambien causas frecuentes de la muerte (*The medico-chirurgical review*, oct. 1835; *extr. de la Gaz. méd.*, p. 840; 1836).

»*Pericarditis*; *endocarditis.*—Bright ha citado muchos ejemplos de pericarditis acaecidas en el curso de una alteracion renal (obs. 15 y 23); Rayer refiere tambien un caso muy curioso de pericarditis desarrollada en el curso de la enfermedad (obs. 18). Segun este autor «no hay quizá tres ó cuatro hechos bien averiguados de endocarditis consecutiva á la nefritis albuminosa aguda ó crónica, é independiente de otras lesiones del corazon ó de cualquiera otra causa» (*loc. cit.*, p. 245).

»De 84 autopsias tomadas de diferentes obras por Becquerel, se encontraron en 33 lesiones del corazon, y de este número tres pericarditis (*loc. cit.*, p. 497). Reuniendo á estas 84 autopsias 45 casos observados por él, que suman 129 autopsias, solo ha encontrado el mismo autor 4 casos de pericarditis aguda y 19 de pleuresia aguda simple ó doble.

»*Pleuresia.* — En 100 autopsias ha visto Bright 10 veces señales evidentes de pleuresia reciente; Becquerel ha encontrado en 129 sugetos 19 casos de pleuresia aguda (p. 496); Christison cita tambien muchos ejemplos de pleuresia consecutiva á la afeccion de los riñones. Algunas veces se desarrolla de un modo latente, y podria desconocerse si no se examinase con mucha atencion la cavidad torácica. La pleuresia aguda y crónica y el hidrotorax son las causas mas frecuentes de la disnea y de la alteracion de las funciones respiratorias que sobrevienen en los últimos tiempos de la enfermedad.

»*Peritonitis.*—Bright ha publicado muchas observaciones en que esta flegmasia complicaba á la enfermedad renal, y tres en que concluyó con la vida de los enfermos. Encuéntranse entonces todos los síntomas de esta inflamacion (dolores, náuseas, vómitos, etc.): Gregory ha sido testigo de dos hechos semejantes (obs. 8 y 9. *Arch. gén. de méd.*, tomo XXVIII, p. 393; 1828); Rayer dice que la peritonitis es una de las complicaciones mas raras de la enfermedad (p. 362) y Becquerel la ha hallado 12 veces en 129 autopsias (mem. cit., p. 496).

»*Pulmonia.*—La pulmonia es una complicacion bastante frecuente en el último período de la afeccion granulosa de los riñones; Rayer la ha observado próximamente en la duodécima parte de los casos (p. 291); Becquerel la ha visto 22 veces en 129 autopsias, y se encuentran muchos ejemplos de ella en las obras que tratan de la enfermedad de Bright. Rayer indica cuidadosamente los caractéres propios de esta complicacion, cuyos síntomas vienen á menudo enmascarados por los del hidrotorax, de los tubérculos ó de alguna enfermedad del corazon. Este autor ha encontrado muchas veces la pulmonia lobulicular; otras se encuentra la inflamacion en un lóbulo entero ó en la base de los dos pulmones. La debilidad del sugeto, el grado adelantado de la enfermedad del riñon, y la existencia de otras complicaciones dan á estas neumonias una gravedad estraordinaria.

»La *bronquitis crónica* es una complicacion bastante frecuente y viene acompañada de broncorrea: el moco es espeso, amarillento ó viscoso y trasparente, y cuando se hace muy denso aumenta la dificultad de respirar. De esta complicacion dependen la tos, la disnea habitual y la sofocacion, que se declara en algunos sugetos en el último período de la enfermedad.

»La alteracion de la composicion de la sangre esplica hasta cierto punto la frecuencia de las flegmasias en el curso de la enfermedad de Bright. Efectivamente hemos visto que los glóbulos eran mas raros, y que la fibrina permanecia en su estado normal; de lo que se sigue que hay un aumento relativo de este último ele-

mento. Asi pueden esplicarse las inflamaciones, que tienen cada vez mas tendencia á desarrollarse á medida que disminuyen los glóbulos, y que por lo mismo se hacen tan frecuentes hácia el fin de la enfermedad.

»El *enfisema*, *la apoplegia*, *la gangrena*, *y la melanosis pulmonales*, son complicaciones raras y algunas veces dependientes de otras enfermedades, como por ejemplo, de una afeccion del corazon. No sucede lo mismo con el edema pulmonal con broncorrea ó sin ella. Rayer dice que es la mas frecuente de todas las lesiones pulmonales despues de la bronquitis crónica, habiéndole observado en la tercera parte de los casos mortales (p. 319). Bright le ha visto 31 vez en 100 casos de enfermedad granulosa. Esta complicacion se declara en los últimos tiempos de la vida, y determina á menudo la muerte. De 84 autopsias reunidas por Becquerel solo en 17 habia edema, proporcion seguramente demasiado corta; pero en 45 hechas por él, ha encontrado esta complicacion 16 veces, es decir, en mas de la tercera parte de los casos (p. 196).

»*Los tubérculos pulmonales* se encuentran con bastante frecuencia en los individuos que sucumben á la enfermedad de Bright; pero ¿son una enfermedad secundaria, es decir, una complicacion de la lesion renal, ó un efecto de la misma? Creemos con Rayer que la tisis pulmonal es la enfermedad primitiva, y que tiene una influencia incontestable en el desarrollo de la enfermedad de los riñones, que hace entonces el papel de complicacion (V. *Etiologia*).

»*Enfermedades del hígado*. La mas comun es la cirrosis, la cual se ha estudiado mas particularmente por los médicos ingleses, á quienes se ha presentado con mas frecuencia. El doctor Bright ha encontrado el hígado sin ninguna alteracion 40 veces entre 100; en 35 era leve y en 18 grave. Rayer ha observado en la tercera parte próximamente de los casos mortales, que el hígado estaba enfermo en diferentes grados; de 45 autopsias hechas por Becquerel, en 15 habia cirrosis en el primero ó en el segundo grado (V. *Cirrosis del hígado*, entre las enfermedades de este órgano). Resulta, pues, que las afecciones del hígado son una complicacion frecuente de la enfermedad de Bright. Ora consisten en la congestion y la hipertrofia de la glándula hepática, cuyo tejido está rojo y granuloso; ora se halla este tejido parduzco, muy denso, rechinando al cortarle, arrugado y contraido (cirrosis propiamente dicha), ora por último hay una descoloracion muy marcada de la sustancia hepática, ó bien esta disminuida la consistencia del órgano. Rayer ha encontrado el hígado craso en varios casos de nefritis albuminosa exenta de complicaciones (*loc. cit.*, p. 378).

»Las enfermedades del hígado, y especialmente la congestion sanguínea, se presentan en dos circunstancias muy diversas: ó bien se desarrollan antes que la enfermedad del riñon, pero bajo la influencia de una causa que les es comun y que obra primero en el hígado y despues en los riñones, como una enfermedad del corazon ó del pulmon; ó bien se manifiesta la enfermedad del hígado durante el curso de la de aquel órgano. Este último caso es el único en que la afeccion hepática merece el nombre de complicacion. Mas adelante procuraremos indagar si puede colocarse la cirrosis entre las causas de la enfermedad de Bright (V. *Etiologia*). En ocasiones se oculta la existencia de esta complicacion; porque la orina en vez de tener un color rojo subido y de precipitar las sales con el enfriamiento, está pálida y ofrece los demas caractéres de la orina albuminosa. Entonces es preciso recurrir á los demas signos de la enfermedad, para poder establecer el diagnóstico.

»*Las enfermedades del tubo digestivo* que complican la lesion de los riñones, son la rubicundez, el reblandecimiento y la ulceracion de los intestinos delgados y de los gruesos. Los folículos intestinales son los puntos donde empiezan las ulceraciones. Estas complicaciones se anuncian durante la vida por una diarrea abundante, unas veces acompañada de cólicos y fiebre, y otras no. La lengua se seca; la sed se hace viva, y el enfermo se desmejora á consecuencia de los progresos de la complicacion.

»*Enfermedades cerebrales.*—Los médicos ingleses han exagerado mucho el papel que desempeña la enfermedad de Bright en la produccion de varios accidentes cerebrales. El doctor Tomas Addison no vacila en hacer depender de la afeccion renal los diversos síntomas que se observan á veces, y que estan lejos de ser tan frecuentes en Francia como parecen serlo en Inglaterra. Describe cinco formas de afeccion cerebral producida por esta causa: en la primera el estupor es todavia poco intenso; en la segunda hay estertor, coma y otros signos de apoplegia; en la tercera convulsiones epileptiformes; en la cuarta coma y convulsiones, y en la quinta se observan cefalalgia, aturdimiento, alteracion de la vista, sopor y coma con convulsiones ó sin ellas (*Guy's hospital reports*, abril 1839; estractado en la *Gaz. méd.*, p. 364; 1839). Ya habia hablado Bright de los calambres y de la epilepsia, como accidentes que podian manifestarse en el curso de la enfermedad de los riñones (véase memoria citada y *Guy's hospital reports*; abril, 1840. *Gazet. médic.*, pág. 411, 1840). El doctor Thomson atribuye el coma que observó en uno de sus enfermos á la presencia de la urea en la sangre (*Lond. med. Gaz.*, 1842, estractado en la *Gaz. med.*, p. 395; 1841). El doctor Heaton reproduce la misma opinion (*Lond. med. Gaz.*, 1844; *Gaz. méd.*, p. 627; 1844), sostenida tambien por los doctores Wilson (*The Lond. med. Gaz.*; marzo, 1833) y Bird (el mismo periodico; mayo, 1840). En Francia se observan muy rara vez estas complicaciones cerebrales, ya porque

en Inglaterra esten mas predispuestos á ellas los enfermos á causa de los escesos en la bebida que producen á menudo la enfermedad, ya por otros motivos que ignoramos completamente.

»El derrame de serosidad en proporcion considerable en la pia madre, en los ventrículos ó en la base del cerebro, es una complicacion que se presenta algunas veces. En cuanto á las hemorragias uterinas acaecidas despues del parto, solo hacemos mencion de ellas (John Lever, *Guy's hospital reports*, octubre 1845, estractado en los *Arch. génér. de méd.*, t. XV, p. 405; 1842) y lo mismo decimos del edema, de la glotis y de la angina simple ó seudomembranosa. Tambien pueden los riñones padecer diferentes alteraciones que compliquen la enfermedad de Bright (cálculos, quistes, tubérculos).

»La degeneracion granulosa se manifiesta alguna vez en los sugetos que han padecido reumatismo, los cuales vuelven á menudo á sufrir dolores en las articulaciones durante el curso de la enfermedad renal. Christison, Bright, Cregory y Rayer citan casos de esta especie.

»Diagnóstico.—En general es fácil distinguir la forma aguda de la enfermedad de Bright de las demas afecciones en que la orina contiene albumina y sangre. Cuando vemos desarrollarse una anasarca rápidamente, ponerse la orina albuminosa y sanguinolenta y presentarse calentura, podemos estar seguros de que estos síntomas dependen de la hiperemia renal ó de la alteracion anatómica que constituye el segundo grado. En la hematuria, cualquiera que sea su causa, se carga la orina de sangre en bastante proporcion, y aun se ven en ella coágulos, lo que rara vez se verifica en la enfermedad de Bright. Si se manifestase la hematuria en el curso de unas viruelas ó de un sarampion grave, ó de una fiebre tifoidea, seria mas fácil el diagnóstico; sin embargo, preciso es confesar que se encuentran á menudo bastantes dificultades. En algunos casos, y no muy raros, sucede que sugetos atacados de enfermedades del corazon é infiltrados, arrojan sangre mezclada con la orina; y aunque dice Rayer que en semejantes casos no hay verdaderos coágulos (*loc. cit.*, p. 134) los autores refieren gran número de observaciones en las cuales estaba la orina muy sanguinolenta, y nosotros hemos tenido ocasion de ver varios hechos semejantes. Por otra parte, segun queda demostrado, no puede distinguirse muy bien la hiperemia simple de la que pertenece al primer grado de la enfermedad de Bright. El dolor renal, el curso mas agudo y mas rápido de la hiperemia simple juntamente con el aparato febril, pueden ilustrar el diagnóstico; pero no bastan en todos los casos.

Las alteraciones renales de curso crónico, pueden confundirse con otras enfermedades con mas facilidad que la forma precedente. Sin embargo debe mirarse como casi demostrada la existencia de la enfermedad de Bright, cuando se encuentra una orina de poca gravedad específica, descolorida, con poca cantidad de urea y de uratos y mas ó menos sobrecargada de albúmina, y al mismo tiempo se presenta una anasarca cuya intension y curso ofrecen muchas variedades. Conviene advertir que no se debe tratar de diagnosticar la afeccion renal por un solo síntoma. Un discípulo de Rayer ha demostrado la verdad de esta proposicion en su tésis (Desir, *De la presence de la albumine dans l'urine, consideree comme phénomène et comme signe dans les maladies*, en 4.°; París, 1835). No hay un solo síntoma que considerado aisladamente no pueda encontrarse en otras enfermedades.

»El primer hecho que importa poner en evidencia es, que puede el riñon estar exento de toda alteracion y manifestarse sin embargo todos los síntomas de la enfermedad de Bright. Forget ha publicado muchas observaciones de este género, y llamado la atencion de los prácticos hácia este punto difícil de diagnóstico (*Lettre sur l'albuminurie*, *Gazette méd.*, página 609; 1837): uno de nosotros ha sido testigo de varios hechos análogos. Hánse visto niños atacados de escarlatina, que presentaron anasarca y albuminuria, sin que estuviese alterado materialmente el riñon. En este caso se desarrolla ordinariamente la anasarca antes que la albuminuria; mientras que en la enfermedad de Bright se observa una marcha inversa. Puede muy bien hallarse alterada la secrecion urinaria en tales términos, que salga con la orina la albúmina ó mas bien la serosidad de la sangre.

»Todas las enfermedades en que hay albuminuria ó hidropesia pueden confundirse con la enfermedad de Bright; indicaremos primero las afecciones que pueden dar origen á los dos síntomas reunidos, para estudiar en seguida aquellas en que se encuentran separados.

»*Hidropesía y albuminuria sin enfermedad de Bright.*—Siempre que el riñon da paso á la serosidad y por consiguiente á la albúmina, presenta la orina los caractéres que ofrece en la enfermedad de Bright. Añadirémos sin embargo que las cantidades de albúmina son menos considerables, y que este principio no se manifiesta de un modo tan constante y tan continuo. Las enfermedades en que la orina se pone albuminosa y se manifiestan hidropesias, son las del corazon, y particularmente la hipertrofia con alteracion de las válvulas. En semejantes casos suele ser imposible decir si los riñones padecen una simple congestion, ó si se ha desarrollado ya alguna lesion de estructura. Forget ha hecho ver cuántas dificultades ofrece entonces el diagnóstico (carta cit.). En las enfermedades del corazon empieza la hidropesia por los miembros inferiores, y cuando no es muy marcada, disminuye ó desaparece con la posicion horizontal; la orina tiene mas gravedad especi-

tica, y deposita uratos y fosfatos. Si se encuentran mezclados con la orina glóbulos sanguíneos ó sangre en mucha proporcion, es mas fácil el diagnóstico.

»Ya hemos hablado de aquellas escarlatinas á cuya terminacion se declara la anasarca. Becquerel, que ha observado algunos de estos casos, dice que para establecer el diagnóstico, hay que tener presente que la secrecion de la albúmina se verifica despues de la hidropesia; que las cantidades de este principio son en general mucho mas grandes que en la enfermedad de Bright, y por último que su aparicion es pasagera y á menudo irregular (*loc. cit.*, p. 559). Los dos fenómenos característicos de la degeneracion del riñon se encuentran tambien en el enfisema pulmonal, bastante intenso para dar lugar á la congestion renal, y en algunas otras afecciones crónicas del pulmon. En este último caso existe á menudo una enfermedad de los riñones. Háse dicho que el empobrecimiento de la sangre podia producir los mismos efectos; pero no hay ningun hecho que pruebe que sea fundado este aserto, puesto que ni en las caquexias saturninas ni de otra especie, ni en la clorosis, ni en la anemia, se encuentran los síntomas esenciales de la enfermedad de Bright. El doctor Darwal y otros médicos ingleses han atribuido á algunas enfermedades agudas de pecho la propiedad de ocasionar el anasarca; pero en estos casos no hay albuminuria, á no existir degeneracion renal. Concluiremos diciendo, que siempre que se forma una hiperemia un poco fuerte en el riñon, cualquiera que sea su causa, pueden manifestarse la albuminuria y la hidropesia, del mismo modo que en la hiperemia que debe venir á parar en la degeneracion granulosa del riñon.

»*Albuminuria sin enfermedad de Bright.*—Este caso se presenta con bastante frecuencia; pero entonces es bastante fácil el diagnóstico, puesto que no hay hidropesia. La orina contiene albúmina: 1.° en la nefritis aguda: el dolor, la fiebre, los vómitos que le son propios, servirán para distinguirla; 2.° en la hematuria: la presencia de la sangre en cantidad mas ó menos grande basta para el diagnóstico diferencial; 3.° en todas las enfermedades del riñon, de los cálices, de la pelvis y de la vejiga, en que se mezcla pus con la orina, y por consiguiente cierta cantidad de serosidad y de albúmina (PIELITIS, MAL DE PIEDRA, CISTITIS Y ABSCESOS DEL RIÑON); 4.° en las enfermedades del útero, de la vagina y de la uretra (LEUCORREA, VAGINITIS, METRITIS, BLENORRAGIA Y ÚLCERAS); en una palabra, siempre que se encuentre pus al paso de la orina y pueda mezclarse con ella. En las circunstancias que acabamos de indicar es muy fácil el diagnóstico; la albúmina está en una proporcion muy corta, y no se presenta sino en épocas irregulares y á menudo muy distantes. Descúbrense con el microscopio glóbulos de pus en el líquido escretado, y por otra parte el aspecto de este, su densidad y los depósitos que forma, contribuyen á ilustrar el diagnóstico. Háse encontrado tambien algunas veces orina albuminosa en las mujeres embarazadas. En los casos de orina quilosa basta dejar reposar el líquido urinoso, para ver una capa de materia crasa en su superficie y un depósito sanguinolento y fibrinoso. Tambien se encuentra albúmina: 5.° en la diabetes; pero entonces se comprueba la presencia del azúcar, que es propia de esta enfermedad; 6.° en algunas afecciones agudas, como el reumatismo, la pulmonía, la bronquitis capilar y la fiebre tifoidea. En estos casos la albúmina está en proporciones tan cortas y tan variables, que no presenta dificultades el diagnóstico. Christison dice haber visto albúmina en la orina de sugetos que habian comido queso, pasteles y alimentos indigestos (*On gran.*, p. 36).

»*Hidropesias sin enfermedad de Bright.*—Inútil seria indicar las diferentes afecciones que producen estas hidropesias, pues ya se ha hecho con cuidado este estudio en los artículos correspondientes. Solo recordaremos, que la ascitis que depende de una lesion del hígado podria confundirse con la enfermedad de Bright, si no se ensayase la orina con el ácido nítrico. Se descubriria que el riñon estaba afecto al mismo tiempo que el hígado, si la orina albuminosa tuviese mucha densidad, y fuese roja y rica en sedimento formado por uratos y fosfatos.

»La orina cargada de bastante proporcion de carbonato de cal podria despues de hervida confundirse con la albuminosa. El color poco marcado y algo opalino que entonces adquiere es muy diferente del que presenta en la enfermedad de Bright, y al cabo de algun tiempo se forman grumitos ligeros, que se diferencian mucho de los de albúmina. Por lo demas cesaria toda incertidumbre echando una gota de ácido nítrico en la orina, con lo cual desaparece al instante y con desprendimiento de ácido carbónico el tinte opalino debido á la sal caliza.

»PRONÓSTICO.—Se puede graduar la gravedad del mal por la intension de los síntomas? El doctor Christison dice que las probabilidades de muerte no estan en manera alguna en proporcion de la cantidad de albúmina de la orina, y que lejos de eso hasta cierto punto sucede lo contrario (ob. cit., p. 180). Esta proposicion no es admisible: Rayer con otros muchos autores asegura que la abundancia de la albúmina con una disminucion muy notable de urea es un fenómeno muy fatal (*loc. cit.*, p. 142). Los signos que parecen de buen agüero son la disminucion gradual de las cantidades de orina en las veinticuatro horas, y el aumento de la densidad de este líquido por segregarse mayor cantidad de sales. Los signos opuestos indican una terminacion funesta. El doctor Christison dice, que cuando se suprime por cuatro ó cinco dias la secrecion de la orina, la sigue siempre la muerte (*On gran.*, p. 190). Esta supresion no tarda en venir acompañada de coma, convul-

siones y otros accidentes cerebrales muy graves.

»Hay fundamento para creer que se curará el enfermo, cuando se van disminuyendo las hidropesias y al mismo tiempo desaparece la albúmina de la orina; pues si continúan los riñones segregando este principio, aunque haya cesado la hidropesia, el pronóstico será fatal; porque sobreviene muy pronto otro ataque, remplazando la forma crónica á la hiperemia renal. Esta es menos grave que la degeneracion granulosa, que termina casi constantemente en la muerte.

»Cuando no se ha desarrollado todavia la hidropesia, ó cuando los ataques de este mal solo se han verificado en épocas bastante distantes, se debe, si no esperar una curacion definitiva, suponer al menos que la enfermedad dará muchas treguas. Establecida ya la forma crónica, es preciso tener presente para el pronóstico el estado de sencillez ó complicacion del mal. Las inflamaciones intercurrentes de las membranas serosas y del pulmon, el edema de este último órgano, la congestion hepática y los síntomas cerebrales, arrebatan la mayor parte de los enfermos. Débese por lo tanto vigilar con atencion el estado de las principales vísceras, para poder prever la terminacion funesta desde que se desarrollan estas complicaciones.

»Etiologia: *sexo*, *edad*.—El doctor Christison no ha hecho ninguna observacion especial acerca de la edad y el sexo; dice que si la enfermedad ataca mas á menudo á los hombres que á las mujeres, es porque estan mas espuestos á las vicisitudes atmosféricas (*On gran.*, p. 116). De los datos recogidos por el doctor Bright resultan los guarismos siguientes: antes de los 13 años, 19; despues de los 30, 16; de 40 á 50, 21; despues de los 50 años, 30; despues de los 70 años, 4. Rayer dice que la enfermedad se manifiesta mas comunmente en el hombre que en la mujer, y de los 20 hasta los 50 años. Becquerel analiza 223 casos, deduciendo que el mal ataca con mas frecuencia á los hombres que á las mujeres (141 hombres y 82 mujeres); que es tan comun en la infancia como en la edad adulta; que se aumenta su frecuencia entre los 20 y los 30 años; que entre los 30 y 40 está en su máximum; disminuye un poco entre los 40 y 50 años, y que aun se encuentra alguna vez entre los 60 y 70 años.

»*Vicisitudes atmosféricas*.—La esposicion del cuerpo al frio y á la humedad es, segun la mayor parte de los autores, la causa mas frecuente y mas cierta de la degeneracion renal. Osborne dice que ha obrado de un modo evidente en la produccion de la enfermedad en 22 de 36 sugetos observados (ob. cit. de Christison, p. 108). Rayer asegura que la mayor parte de los individuos que ha tratado habian vivido uno ó varios meses en habitaciones frias y húmedas, y que muchos tenian que esponerse diariamente á la accion del frio y de la humedad (p. 129). Queriendo Becquerel saber hasta qué punto era fundada esta opinion, ha averiguado la profesion de 123 individuos (141 hombres y 82 mujeres), y ha visto que las profesiones que esponen al frio y á la humedad han producido mas enfermos que las demas; pero observa con razon, que poco mas ó menos sucede lo mismo en las demas enfermedades (*loc. cit.*, p. 517). No se halla pues suficientemente demostrada la influencia de la humedad y el frio: la única observacion que puede hacerse es que la enfermedad de Bright es muy comun en Inglaterra; ¿será tambien mas frecuente en otoño y en invierno que en las demas épocas del año?

»*Ingesta.—El abuso de los licores espirituosos* es, segun la mayor parte de los médicos de la Gran Bretaña, la causa mas frecuente de la degeneracion renal. Christison dice que esta influencia se le ha manifestado en las tres cuartas ó cuatro quintas partes de casos (ob. cit., p. 111). Entre 69 enfermos ha encontrado Becquerel que solo 9 se habian dado á las bebidas alcohólicas (p. 521); resultado que podria inclinar á creer que la nociva influencia que los médicos ingleses atribuyen á esta causa se halla distante de ser fundada. La mala calidad de los alimentos, la miseria y las fatigas, pueden favorecer el desarrollo de la degeneracion renal, como de otras muchas enfermedades.

»Christison (*On gran.*, página 36) y Blackall (*Observations on the nature of dropsies*, p. 99, en 8.°; London, 1818) han dicho que el uso prolongado de las preparaciones mercuriales podia provocar la lesion renal. En Francia Rayer (p. 131) y Martin Solon (210) nada de esto han observado. El doctor Osborn cree que los diuréticos pueden causar la enfermedad; al paso que Christison pone en duda su influencia (*On gran.*, p. 116).

»La masturbacion y los escesos venéreos son en algunos casos bastante raros las únicas causas apreciables de la enfermedad, y lo mismo sucede con la preñez.

»*De las enfermedades consideradas como causas de la degeneracion de los riñones*.—La escarlatina es una de las causas mas comunes de la enfermedad de los riñones, principalmente en los sugetos de corta edad. En otra parte hemos discutido las diferentes opiniones que se han emitido sobre la causa del anasarca que sigue á este exantema (V. anasarca); pero todavia se ignora por qué en estas circunstancias padece el riñon hiperemia con tanta frecuencia.

»*Las enfermedades del corazon* son una causa incontestable de la degeneracion granulosa de los riñones. Parece que obran congestionando estos órganos. La hiperemia del parenquima renal no tarda en provocar alteraciones de estructura, y particularmente el depósito de una materia blanquecina particular. Preguntando á los enfermos, es fácil comprobar que muchos de ellos tenian todos los signos de una afeccion del corazon muy caracterizada largo tiempo antes

de que apareciesen síntomas de enfermedad de Bright.

»*Tisis pulmonal.*—Algunos médicos han pretendido que la tisis pulmonal no tiene influencia alguna en la produccion de la degeneracion de los riñones, y que lejos de eso la una parece escluir la otra. Pero nada menos esacto que semejante asercion; pues cuando la tisis pulmonal llega á un grado avanzado, favorece evidentemente el desarrollo de la afeccion de los riñones: la debilidad, la alteracion profunda de todo el organismo, la de la hematosis y la circulacion, tienen gran parte en semejante resultado.

»Débese incluir tambien entre las causas de la enfermedad que nos ocupa *el enfisema pulmonal y la cirrosis del hígado*. Esta determina la hiperemia renal por la dificultad que ocasiona en la circulacion venosa abdominal. Quizá obren del mismo modo ciertas afecciones crónicas, como el cáncer del estómago y otras enfermedades del vientre.

»La constitucion linfática, las escrófulas y la caquexia sifilítica, predisponen á la enfermedad de Bright. En cuanto á las lesiones de los riñones, de la vejiga y de la prostata no tienen, segun Rayer, ninguna influencia en el desarrollo de la enfermedad renal, y lo mismo puede decirse de las enfermedades del cerebro y de la médula espinal. Martin Solon refiere cuatro observaciones, en las que el cansancio, los golpes en los lomos y las caidas sobre la region que ocupan estos órganos, parecen haber sido la causa de la enfermedad de que tratamos (ob. cit., p. 211).

»Tratamiento.—Aunque no esté todavia bien probado que la impresion del frio sea una causa cierta de la enfermedad de Bright, no por eso debemos dejar de recomendar muy especialmente á los enfermos, que eviten la accion del frio y de la humedad á que muchas veces estan espuestos continuamente, ya en sus habitaciones, ya en los sitios donde van á ejercer su profesion; pues si no pueden sustraerse á estas influencias dañosas, son de temer las recidivas y las recaidas. Sabido es que por descuidar esta precaucion se retarda la convalecencia de la escarlatina, y se pone á menudo en peligro la vida de las criaturas que la acaban de padecer.

»Tambien es preciso que los sugetos dados á la embriaguez renuncien enteramente á su funesta pasion, si quieren tener alguna probabilidad de curarse. Débese estimular la piel con el uso de vestidos de lana, con fricciones escitantes, y mantener el cuerpo á una temperatura igual, aconsejando al enfermo que no salga de su cuarto ni aun de la cama. El tratamiento de la enfermedad de Bright comprende: 1.° el estudio de las medicaciones racionales ó empíricas que se han dirigido contra la enfermedad renal; 2.° el tratamiento de las complicaciones.

»*Medicacion antiflogística.*—Conviene en el primero y segundo grados de la enfermedad: se empieza por hacer una sangria, que se repite si el coágulo es denso, contraido y cubierto de costra; en general la sangria debe ser moderada, á no haber una indicacion particular. Christison refiere muchas observaciones, en que creyó necesario repetir muchas veces el uso de este medio. Al mismo tiempo se aplican ventosas escarificadas ó sanguijuelas á la region renal ó en los lomos. Despues de estos agentes terapéuticos se emplean los que se aconsejan en el tratamiento de la forma crónica (purgantes salinos, drásticos, baños tibios).

»Deja de ser útil la sangria cuando empieza á verificarse la degeneracion del riñon; sin embargo, como es difícil saber si ha llegado á este grado la enfermedad, pueden sacarse todavia seis ú ocho onzas de sangre, sobre todo si la piel está caliente y el pulso acelerado, ó si los demas síntomas anuncian una exacerbacion del mal. Cuando el sugeto está debilitado, se puede reemplazar la sangria por las ventosas escarificadas ó las sanguijuelas.

»*Diuréticos.*—Se han preconizado los diuréticos para modificar la secrecion de la orina, prodigándose con este objeto el nitrato, el bicarbonato y el acetato de potasa. Christison dice que ha observado buenos efectos con el uso simultáneo del cremor de tártaro y la digital (polvo de digital en píldoras 1 á 2 granos, ó tintura de digital 20 gotas y cremor de tártaro de 20 á 30 granos en seis onzas de agua, tres veces al dia). Tres ó cuatro dias despues de haber empezado la medicacion se establece la diuresis. Se asegura mas el resultado añadiendo todas las tardes, durante cuatro ó cinco dias, una píldora mercurial. El acetato de amoniaco, la infusion de sumidades de retama, el aguardiente de enebro dilatado en agua, y sobre todo la tintura de escila y de digital, se han administrado muchas veces contra la enfermedad de que nos estamos ocupando. La tintura de escila y de digital, que hemos visto emplear muy á menudo, no ha producido jamás ningun efecto saludable, ya se diese interiormente, ó ya se aplicara en friccion. Rayer ha visto disminuir la hidropesia, y aun desaparecer completamente, con el uso de la tisana de rábano rusticano (R. Raiz de rábano rusticano 4 á 12 dracmas por tres libras de agua). Bright dice haber dado con alguna ventaja el polvo de las hojas de gayuba. Martin Solon ha observado sobre todo buenos efectos del oximiel escilítico y del vino diurético amargo de la Caridad (*loc. cit.*, p. 282). Se han dado tambien la segunda corteza del sahuco, los balsámicos, y la esencia de trementina, pero sin la menor ventaja.

»Entre los medicamentos destinados á modificar la secrecion urinaria se debe colocar la tintura de cantáridas, que el doctor Wels administra en una emulsion á la dosis de 30 á 60 gotas en las veinticuatro horas. Rayer la ha prescrito tambien con buen éxito en algun caso á la dosis de 12 gotas. Uno de nosotros la ha administrado á muchos enfermos de sus salas, obteniendo buenos efectos en tres casos en que

llegó á dar de 40 á 50 gotas; pero es preciso vigilar la accion de este medicamento á causa de su mucha energia.

»*Diaforéticos.*—Muchos médicos han procurado escitar fuertemente la piel por medio de los sudoríficos, con el objeto de modificar la secrecion urinaria que tan íntimas conexiones tiene con la secrecion cutánea. El doctor Bright confia mucho en ellos. Los médicos ingleses administran principalmente los polvos de Dower (30 granos al dia y aun mas). El acetato de amoniaco, la tintura de guayaco y los cocimientos de zarzaparrilla, rara vez producen algun efecto saludable.

»El mejor diaforético á que se puede recurrir es el baño de vapor. Deben los enfermos tomar cada dia ó cada dos dias, segun sus fuerzas y el grado de la enfermedad, un baño de vapor simple, sulfuroso ó aromático. Al salir de él se los cubre bien con mantas de lana, y despues de acostarlos en una cama muy caliente, se trata de sostener por algunas horas la traspiracion cutánea con bebidas calientes aromáticas y escitantes.

»*Revulsivos.*—Puédese intentar la aplicacion de vejigatorios á las regiones renal y lumbar. «Los cauterios anchos y profundos sostenidos por medio de seis ú ocho guisantes ejercen una accion revulsiva, que Christison y otros prácticos han empleado á veces con provecho. Las supuraciones establecidas con la potasa, la pasta de Viena, el martillo calentado por el agua hirviendo, y el moxa, sobre todo con el primero de estos agentes, pueden ser ventajosas durante el segundo período de la enfermedad» (Martin Solon, p. 289).

»*Purgantes.*—El efecto de estos medicamentos es ejercer una revulsion favorable en el tubo digestivo y disminuir el aflujo de serosidad al tejido celular y á las cavidades esplánicas: las aguas de Sedlitz, de Pulna, el sulfato de sosa, el cremor de tártaro soluble, purgan ligeramente á los enfermos y no pueden tener ningun inconveniente; pero es preciso conocer que sus resultados se reducen á disminuir á veces la hidropesia. Igual efecto se obtiene con los calomelanos y con las píldoras azules, que ejercen tambien una accion alterante especial; y lo mismo decimos del aceite de tártago ó catapucia menor, del elaterio (1|2 á 1 grano de una vez, Rayer) de la coloquíntida, la brionia y gutagamba (V. Anasarca).Aunque no haya mucho fundamento para tener confianza en los purgantes, deben sin embargo emplearse durante el curso de la enfermedad para contener la hidropesia; pero seria preciso renunciar á ellos completamente, si el enfermo tuviese náuseas, vómitos y otras señales de irritacion gastro-intestinal.

»Réstanos indicar algunos medicamentos de accion desconocida, que se han ensayado tambien en el tratamiento de esta enfermedad. Hánse dado los alcalinos, el iodo y el mercurio: Christison y Bright han observado que la salivacion era muy perjudicial (*On gran.*, p. 122); Martin Solon ha administrado á muchos enfermos: ungüento napolitano 1 dracma; jabon medicinal 1|2 dracma; escila ó cicuta en polvo 20 granos; estr. tebaico de 4 á 6 granos; dividido en 24 píldoras, para tomar una á cuatro en las veinticuatro horas (ob. cit., p. 302); habiendo observado que solo obraba bien el medicamento, cuando no producia salivacion ni diarrea.

»Las preparaciones ferruginosas, la quina y el vino, son útiles en el último período de la enfermedad. La urea, que se ha administrado por consideraciones enteramente teóricas, no produce ningun alivio en los síntomas.

»*Indicaciones particulares.* — 1.° *Combatir los accidentes inmediatos de la enfermedad.*—La anasarca y las demas hidropesias exigen una terapéutica á parte, que hemos indicado detenidamente en otro lugar (V. Anasarca). Solamente recordaremos, que no deben hacerse escarificaciones en la piel distendida por la serosidad, á no ser en último estremo, á causa de las erisipelas y de las gangrenas que suele determinar esta operacion. Las hidropesias de las cavidades serosas se combatirán con los agentes terapéuticos apropiados á cada caso particular (V. *Ascitis*, *Hidrotorax*, *Hidropericardias*).

»2.° *Combatir las complicaciones.* —Las flegmasias de las membranas serosas, que tan frecuentes son, las enfermedades del cerebro, del hígado, de los pulmones, etc., no pueden tratarse con las emisiones sanguíneas generales, cuando la enfermedad ha llegado á su último período. Los revulsivos y los emeto-catárticos pueden ser útiles en los casos de pleuro-perineumonia; pero en general es mejor recurrir á los revulsivos y los tónicos.

»3.° *Combatir las enfermedades que han precedido á la degeneracion granulosa de los riñones.*—Nos contentaremos con enumerar la tisis pulmonal, las enfermedades del corazon, la cirrosis del hígado, y el cáncer del estómago, etc. Claro es que debe el práctico ocuparse de tratar estas afecciones al mismo tiempo que la enfermedad de Bright, á fin de que no reciba esta un influjo perjudicial de los progresos del mal que la ha precedido y que obra á veces como causa determinante, segun se ha dicho ya en otro lugar.

»Naturaleza de la enfermedad de Bright.—Háse dicho que el primero y segundo grado de la enfermedad de Bright dependian de un trabajo flegmásico; pero los síntomas y el análisis de la sangre estan lejos de favorecer esta opinion, sostenida por Rayer y sus discípulos. ¿Qué razon hay para que la hiperemia que precede al desarrollo de la degeneracion, no sea enteramente semejante á la que se verifica en las demas vísceras, precediendo y preparando el de tantas lesiones orgánicas? Por otra parte, ¿se sabe si es en efecto la hiperemia la lesion que precede á la degeneracion del riñon? «Se ha dicho que la hiperemia

activa era la primera modificacion orgánica que esperimenta el riñon; pero no podemos insistir demasiado en este punto, dice el doctor Graves, puesto que no hay dos afecciones mas diferentes entre sí que la hiperemia y la degeneracion granulosa» (*The Lond. med. Gazette*, estr. en *Gaz. méd.*, p. 778). La objecion presentada por Graves es de mucho valor y está de acuerdo con el análisis de la sangre, que manifiesta que esa pretendida hiperemia inflamatoria no produce aumento de fibrina.

»¿Cual es la naturaleza de las cuatro últimas formas de la enfermedad de Bright? Recordarán nuestros lectores que las análisis de la sangre, hechas en la época en que se han verificado ya la degeneracion amarillenta y el depósito de granulaciones blancas, manifiestan tambien que la fibrina permanece en su cantidad normal. Por esta y otras razones hemos asentado (*Anatomia patológica*) que la naturaleza y la forma de las alteraciones no permiten referirlas á una inflamacion crónica. «Colocar las congestiones renales, la degeneracion amarillenta y las granulaciones, entre las flegmasias renales, es imitar á los que describen con el título de *hepatitis* todas las lesiones del hígado, desde la hipertrofia simple hasta la cirrosis y los acefalocistos. Es pues indudable que son muy vagos los nombres de nefritis y de enfermedad de Bright» (Monneret, *Quelq. remarq. sur un cas de diabète sucré*, etc.; *Arch. génér. de méd.*, 3.ª y nueva série, t. VI, p. 308; 1839).

»Ignórase enteramente la naturaleza de la degeneracion amarilla y del depósito blanquecino. No obstante hemos indicado ya algunas opiniones emitidas por Valentin, Becquerel y otros patólogos (V. *Anatomia patológica*). Parece bastante probable, que la sustancia cortical sea la primera que se afecte, y lo confirma la observacion de que la orina está alterada desde el principio. Mas no por eso se crea que la alteracion funcional es proporcionada á la lesion material del órgano; pues en la hiperemia simple contiene á menudo la orina mucha cantidad de albúmina y es muy pronunciada la hidropesía. Se puede, pues, preguntar si la albuminuria es realmente un efecto necesario de la lesion orgánica, sobre todo cuando vemos que se efectúa la secrecion de este principio: 1.° en casos en que no hay ninguna alteracion apreciable del riñon; 2.° en otros en que este órgano tiene lesiones diferentes de las que presenta en la enfermedad de Bright. El doctor Graves cree que el estado albuminoso de la orina, lejos de ser un efecto, es la causa del estado granuloso del riñon. Hay, dice, tendencia á una secrecion escesiva de albúmina en todos los órganos inclusos los riñones. Por la reaccion de las sales y los ácidos de la orina, se separa la albúmina, que se concreta en los tubos finísimos de la sustancia cortical, los cuales concluyen por obliterarse; y esta lesion constituye esencialmente la enfermedad de Bright. Cita este autor, en apoyo de su opinion, las observaciones microscópicas de Valentin (Estr. en *Gaz. méd.*, p. 778; 1838).

»Martin Solon cree, que el tejido secretorio enfermo elabora de un modo imperfecto los materiales de la sangre en que debe obrar para producir la orina; que en algunos casos pasa, por decirlo asi, desapercibida la materia colorante de la sangre, y que la albúmina en vez de trasformarse en urea, que Prout considera como uno de sus productos y como uno de los dos principios que en la teoria de los átomos representan la primera; la albúmina, decimos, no se descompone en totalidad, y pasa en parte con la urea, mezclándose con la orina en tanto mayor proporcion, cuanto mas adelantada se halla la alteracion del riñon que hace perder á este órgano su facultad secretoria normal.

»Pero dejemos á un lado estas teorias y todas las que se han buscado para darse cuenta de los fenómenos moleculares que se verifican en la estructura del tejido renal y que nos son tan desconocidos en el estado patológico como en el fisiológico; pues no creemos debernos detener mas tiempo en este asunto.

»Historia y bibliografia.—Hemos dado á conocer harto circunstanciadamente los numerosos trabajos de los médicos franceses y de otros paises, para que dieramos ahora mucho espacio á la bibliografia. Los que la quieran mas completa y presentada con toda la estension apetecible, la encontrarán en la obra de Rayer, quien examina con el mayor cuidado todas las monografias que se han publicado en Inglaterra y en Francia; pudiéndose considerar su trabajo como un modelo de erudicion y de sana crítica (t. II, p. 503), del que hemos tomado no pocos materiales para la redaccion de este artículo.

»Dícese que Hipócrates atribuia ciertas hidropesias á enfermedades de los riñones. Galeno reconoce tambien la influencia de esta causa patogénica, y Celio Aureliano la indica en sus obras (*Morbor. chronic.*, t. II, lib. III, cap. 8, p. 257, en 8.°, edic. de Haller). Por último, se pueden igualmente encontrar algunas indicaciones vagas de las alteraciones renales que suelen dar origen á la enfermedad de Bright, en los escritos de Areteo, de Alejandro de Tralles y de Avicena. En un pasage de este último autor se echa de ver, que se sabia muy bien en la época en que escribia, que las degeneraciones y las induraciones del riñon pueden determinar el desarrollo de hidropesias (en *Re medica*, lib. II, fól. 18, tract. 2, en folio; Venec. 1514; véase págs. 852, 858, 771 y 773; cit. estr. de la obra de Rayer, p. 509, t. II). Los médicos árabes adoptaron todos esta opinion. Van Helmont se apoderó de ella, y se espresa acerca de este asunto con una claridad muy notable, diciendo que la hidropesia y la ascitis dependen inmediatamente de los riñones: *effectus immediatus renum (Ortus medicinæ*, p. 515, en 4.°; Amsterd., 1748) Fernelio, Lázaro Rive-

rio, Bonet y Boerhaave, hablan en el mismo sentido acerca de las afecciones renales. A fines del siglo último se admitia generalmente que podian producir derrames serosos. Morgagni describe con la mayor claridad el depósito blanquecino que caracteriza el tercer grado de la enfermedad de Bright (*De sedibus et causis morb.*, epist. XL, §. 21). La enferma que fue objeto de la observacion referida por Morgagni habia muerto hidrópica. Pero á pesar de los importantes trabajos publicados por los médicos del último siglo, habia quedado muy incompleta la historia de las afecciones renales; porque se descuidaba el estudio de las alteraciones anatómicas de estos órganos, y porque no se habia tratado todavia de averiguar si habia algun cambio en la composicion de la orina. Sin embargo, no podemos menos de decir que Cotugno hizo observaciones importantes acerca de la orina albuminosa y las hidropesias. «Es el primer observador, dice Rayer, que demostró esperimentalmente la presencia de la albúmina en la orina de los hidrópicos, si se prescinde de las observaciones que anteriormente se habian hecho sobre la presencia de la sangre, y por consiguiente de la serosidad, en la orina de los sugetos atacados de hidropesia á consecuencia de la escarlatina» (*loc. cit.*, p. 528). Cotugno hizo calentar la orina de un hidrópico, y halló una cantidad considerable de albúmina; lo que le indujo á creer que esta alteracion de la orina dependia del paso del líquido de la hidropesia por las vias urinarias (*De ischiade nervosa commentarius*, p. 24 y 25, en 8.º; Viena, 1770). Cruikshank fue el primero que fundó en el estado de las orinas una importante distincion entre las hidropesias con orina coagulable y aquellas en que no presenta este líquido semejante caracter (en Rollo, *Cases of the diabetes mellitus*, cuad. 6, *experiments on urine and sugar*, p. 443, 447, 448, en 8.º; London, 1798; estr. de la ob. de Rayer).

»Seguidamente vieron la albuminuria en la diabetes Darwin (*Zoonomia*, t. I, p. 467; London, 1806), y Dupuytren (*Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, p. 41, t. I, febrero, 1806), y en las hidropesias Wels, que contribuyó con numerosas y esactas observaciones á que se admitiese la distincion entrevista y propuesta por Cruikshank. Sabia este autor comprobar la presencia de la albúmina por medio del ácido nítrico y del calor, y por este procedimiento ensayó la orina de 138 hidrópicos, de los cuales era albuminosa en 78. Sus ingeniosos esperimentos y asiduas tareas han contribuido mucho á preparar los descubrimientos modernos. Débesele tambien una indicacion muy esacta de la degeneracion granulosa de los riñones, hallada en un hidrópico, y no duda en atribuirle la orina albuminosa, á lo menos en muchos casos (*Transact. of a society for the improvement of medical and chirurg. knowledge*, t. III, p. 16 y 194). Adoptando el doctor Blackall las ideas de Cruikshank y de Wels, dió á luz casi al mismo tiempo que este, un trabajo en el cual desarrolló las observaciones hechas ya acerca de las hidropesias con orina coagulable y no coagulable (*Observations on the nature and cure of dropsies* en 8.º; Lond., 1813). La obra del médico inglés está llena de observaciones, que han ilustrado mucho la historia de las hidropesias, llamando singularmente la atencion; sin embargo, no comprendió como Wels la relacion que hay entre la produccion de la hidropesia y las enfermedades de los riñones, á pesar de que los vió alterados en muchas ocasiones.

»Habiendo observado Andral una hidropesia que no podia referirse á ninguna lesion apreciable, se pregunta á sí mismo si seria causa del derrame de serosidad la alteracion granulosa de los riñones, que vió y describió perfectamente (*Cliniq. médic.*, t. III, p. 567, en 8.º; París, 1826). Barbier d'Amiens publicó un caso muy parecido, atribuyendo la anasarca al endurecimiento del tejido renal (escleriasis de los riñones) (*Précis de nosologie et de thérapéutique*, tomo I, p. 410 y 553, en 8.º; París, octubre, 1827). Las reflexiones que acompañan á esta observacion ofrecen mucho interés, atendida la época en que fueron escritas.

»Llegamos ya á una de las fases mas brillantes de la historia de las enfermedades de los riñones. Bright, á quien corresponde de derecho el honor de dar su nombre á la lesion principal que tan felizmente ha descrito, consiguió presentar en su primer trabajo una relacion completa de la enfermedad. El estudio de las alteraciones anatómicas comprende todas las que se han indicado despues con el nombre de *forma aguda y crónica* de la enfermedad (*Reports of medical cases*, etc., en 4.º, con lám. ilum.; Londres, 1827). El doctor Bright se fijó en los tres fenómenos principales de la lesion, pero sin desatender los demas, describiendo con estraordinario cuidado las alteraciones de la sangre, de la orina, y los demas síntomas de la enfermedad, sin dejar otra tarea á sus sucesores, que la de rectificar algunas ligeras inesactitudes. Todavia aumentan el valor de la memoria de Bright las cartas de Bostock contenidas en ella (V. un estr. de esta ob. en *Arch. gén. de méd.*, p. 548, t. XXIII; 1830). Los trabajos de Christison y de Gregory han confirmado la esactitud de las observaciones de Bright: la memoria del primero está llena de observaciones importantes acerca de las lesiones anatómicas y de los síntomas, y solo admite censura en haber dado demasiada importancia semeiótica al estado albuminoso de la orina (*Observations on the variety of dropsy wich depends on diseased kidney, Edimb. med. and surg. journ.*, t. XXXII, p. 1829; V. *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, pág. 244 y 414; 1830). Christison ha publicado últimamente un trabajo mas completo, pero que no contiene ningun descubrimiento nuevo (*On granular degeneration of the kidnies*, en 8.º; Edimb., 1833). Débese á Crawfurd-Gregory una memoria con

ochenta observaciones, entre las cuales hay muchas que no deberian figurar entre los casos de enfermedad de Bright: los cuadros que ha formado para establecer las variaciones de la densidad de la orina en el hombre sano y en los hidrópicos dan mayor interés á sus concienzudas investigaciones (*Edimb. med. and. surg. journ.*, t. XXXVI y XXXVII. V. *Arch. gén. de méd.*, t. XXVIII, p. 384; t. XXIX, p. 374; tomo XXX, p. 85 y 241).

»Al tratar de la *anasarca* hemos indicado las diferentes publicaciones que debe la ciencia á muchos médicos que han tomado parte en los trabajos de Rayer, reproduciendo sus principales opiniones. Solo recordaremos aqui los nombres de Tissot (1833), Sabatier (1834), Monassot, Desir (1835), Genest (*Gazette médic.*, p. 449; 1836), Littré (Period. *L'Expérience*, núm. 4; 1837) y Forget (*Lettre sur l'albuminurie; Gazette médic.*, 1837).

»Muchos médicos ingleses, á cuyo frente se hallan los doctores Elliotson y Graves, creen que no es la lesion renal la causa de la albuminuria. Algunas de las objeciones presentadas por el último merecen examinarse detenidamente, y dia vendrá quizá en que se disminuya la parte que se atribuye á dicha lesion en la produccion de los síntomas (*Mediç. Gaz.*, tomo VII; Lóndres, febrero, 1831.—*Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. VI, p. 559; 1834.—*Gaz. méd.*, p. 778; 1838). El doctor Elliotson cree que se ha exagerado el valor semeiótico de la orina albuminosa, y que no se puede deducir de ella que esté alterado el riñon orgánicamente (*Reports of cases*, etc.; *London med. gaz.* t. VII, p. 315). Efectivamente, la ciencia exige que se hagan sobre este punto mas investigaciones y un estudio mas profundo de todos los liquidos de la economia.

»Debe concederse un lugar honroso en la bibliografía al libro de Martin Solon (*De l'albuminurie*, en 8.°; París, 1838). Este autor considera su asunto principalmente bajo el punto de vista clínico, y apoyando sus descripciones en muchos hechos recogidos con cuidado, ha contribuido á esclarecer la historia de las enfermedades de los riñones, y aun de las demas vísceras, en que pueden manifestarse albuminuria y derrames. Quizá hubiera valido mas, que en vez de reunir hechos de órdenes distintos, hubiese tratado de distinguir por caractéres bien determinados unas enfermedades, que no podrán reunirse en adelante por la sola circunstancia de tener un síntoma comun. Con todo, ha demostrado que pueden ir acompañadas de secrecion albuminosa varias afecciones ademas de las renales.

»Rayer ha hecho un verdadero servicio á la ciencia con la publicacion de su tratado de las enfermedades de los riñones, en el que ha reunido los materiales que estaban diseminados en diferentes colecciones, añadiéndoles numerosos hechos observados por él mismo. En vista de todos ellos ha creido deber describir separadamente una forma aguda y otra crónica, y considerar la enfermedad de Bright como una flegmasia que afecta estas dos formas (*Traité des maladies des reins*, t. II, en 8.°; Paris, 1840). Ya hemos espuesto los motivos que han tenido muchos autores, para no ver en las formas que tan bien ha descrito Rayer, sino alteraciones de diferente naturaleza y de origen flegmásico muy dudoso. Hemos recorrido muchas obras alemanas, y no hemos encontrado ninguna especie de datos nuevos. El tratado del doctor Naumann ni aun se halla á la altura de los conocimientos actuales esparcidos en todos los libros (*Handbuch der medicinischen klinik*, tomo VIII).» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VII, p. 341-363).

Enfermedades del parenquima del riñon.

ARTICULO I.

Dislocacion del riñon.

»Rayer llama *dislocacion fija, congénita ó accidental, de los riñones* al cambio de situacion producido por un órgano inmediato que ha comprimido y dislocado el riñon, como sucede en los casos de hipertrofia del hígado, del bazo ó de las cápsulas supra-renales. Hay otra dislocacion llamada temporal ó *no permanente* del riñon. Este órgano abandona entonces su situacion natural, para dirigirse hácia arriba ó hácia delante, ó descender en la cavidad abdominal. El prolapso del riñon derecho es mas comun que el del izquierdo, y aun dice Rayer que el primero de estos dos órganos es casi el único que padece este mal, que coincide por lo comun con el aumento de volúmen del hígado, con una dislocacion de los intestinos ó del útero. Puede depender de una desviacion del riñon, de las inflexiones de sus vasos, de preñeces repetidas, de esfuerzos para levantar pesos.

»Cuando el riñon se disloca de este modo, forma un tumor en diferentes puntos del abdomen: si el enfermo se acuesta del lado izquierdo, se siente en el vacio derecho y hácia la pared anterior del vientre un tumor de superficie igual, y que se rechaza hácia atras con facilidad por medio de una presion moderada, la cual á veces no deja de hacer sufrir á los enfermos. Cuando las paredes del vientre estan adelgazadas y se deprimen fácilmente, se puede conocer por la forma del tumor que está constituido por el riñon desviado de su sitio. Casi siempre recobra el órgano su situacion normal cuando el sugeto se acuesta de espaldas; los dolores y los demas accidentes cesan entonces completamente, para volver á aparecer de nuevo cuando el enfermo se pone de pie ó se entrega á algun ejercicio fatigoso. En ocasiones se echa de ver que el riñon ha abandonado el lugar que le corresponde á lo largo de la columna vertebral, pues no se halla en este sitio

ya la resistencia que se advierte cuando el órgano conserva su posicion natural. Ciertos sugetos toman instintivamente ciertas posiciones en que cesan enteramente el dolor y la tirantez; unos se acuestan del lado correspondiente al riñon movible; otros doblan con fuerza el tronco hácia atras, ó se sostienen el vientre con las manos ó con una faja. Algunos enfermos tienen continuamente dolor en la region lumbar, y se creen atacados de reumatismo; otros se quejan de un dolor que sigue el trayecto de los nervios lumbares y crurales, «dolor que se puede escitar cuando está adormecido, comprimiendo el riñon con los dedos de la mano derecha, y sosteniendo por detras los lomos con la izquierda» (*loc. cit.*, p. 800).

»Obsérvanse ademas otros síntomas estraños, que merecen llamar tanto mas la atencion de los médicos, cuanto que pueden equivocarse con afecciones muy diferentes. En algunos enfermos se presenta en la region epigástrica un peso incómodo, que hace creer que hay un cáncer del estómago, una gastralgia simple ó hipocondriaca, ó una afeccion del hígado.

»El único tratamiento del prolapso renal consiste en tener aplicada al vientre una faja medianamente apretada, y evitar todos los ejercicios capaces de ejercer tracciones del riñon. Muchos enfermos padecen despues de las comidas y cuando se verifica el trabajo de la digestion, dolores que se disminuyen por el decúbito dorsal. Deben tambien administrarse algunos laxantes para mantener el vientre libre» (MONNERET Y FLEURY, sit. cit.).

ARTICULO SEGUNDO.

De la atrofia de los riñones.

»La disminucion de volumen de los riñones es efecto de muchas lesiones que residen en el órgano mismo ó en las demas vísceras. La atrofia es general ó parcial, y disminuye mas ó menos las dimensiones de los riñones. Se ha visto uno de estos órganos reducido al volumen de un huevo de paloma (Delestang, *Act. phys. méd.*; Hafniæ, t. III, p. 13, estr. cit. de la obra de Rayer, t. III, p. 466). Morgagni habla de riñones que tenian apenas el tamaño de un huevo ó de una nuez (*De sed. et caus.*, epist. XII, §. 2, cap. XL, §. 22, 23, 24; ep. XLIV, §. 15). La atrofia existe ordinariamente en un solo riñon, estando el otro hipertrofiado; sin embargo, no es rara la atrofia doble. Cuando es parcial, se observa á veces una disminucion considerable del calibre de la arteria renal, y esta alteracion congénita del sistema circulatorio aferente esplica la atrofia.

»La atrofia parcial puede afectar esclusivamente la sustancia cortical ó la tubulosa. Vése, por ejemplo, el tejido cortical reducido á una capa muy delgada, colocada entre la base de los pezoncillos y la túnica fibrosa del órgano. Las mas veces la sustancia tubulosa esperimenta el mismo grado de adelgazamiento, y solo se encuentran vestigios de ella. Rayer ha descrito muy bien la alteracion que se presenta cuando los cálculos, el pus y otras materias contenidas en los cálices ó en la pelvis comprimen la sustancia renal y determinan su atrofia. «Los riñones llegan á convertirse en una bolsa, cuyas paredes carnosas y amarillentas al parecer, estan compuestas de tres capas, de las cuales la media, la sustancia del riñon, constituye una especie de membrana, mientras que la interna la forman la pelvis y los cálices dilatados, y la esterna las membranas propias del órgano. Cuando las sustancias renales se reducen y atrofian de este modo, y la bolsa no ha adquirido grandes dimensiones, puede no llegar su peso á la décima parte de un riñon sano» (ob. cit., t. III, p. 463). Hay todavia otra disposicion de la atrofia, que no es menos notable, y que solo afecta á una porcion del órgano que ha sido comprimido, mientras que el resto se ha libertado en cierto modo de la compresion: tal sucede por ejemplo cuando se forma en el espesor del riñon un quiste que contiene equinococos, una simple serosidad ó materia purulenta, y tambien cuando se ha dilatado mucho un cáliz por cualquier causa.

»Cualquier otro producto morboso desarrollado en el riñon, como el cáncer y los tubérculos, va seguido de los mismos efectos. Martin Solon refiere un caso que presenta reunidas estas alteraciones: el riñon izquierdo atrofiado estaba reducido á la tercera parte de su volumen y rodeado de una red vascular abundante; su sustancia cortical tenia un color amarillo pálido; su tejido era friable, empedrado de granulaciones, que formaban tubérculos miliares crudos; su sustancia tubulosa disminuida conservaba su aspecto normal. El riñon contenia ademas un quiste seroso del volumen de una avellana (*De l'albuminurie*, pág. 168, en 8.°; Paris, 1838).

»Acompaña á menudo á la atrofia una alteracion, que consiste en el desarrollo de quistes serosos en número variable. A veces se puede atribuir á estos quistes la atrofia renal; pero en otros muchos casos parece que el trabajo morboso que les da origen es posterior á la atrofia, y que remplazan el tejido normal que ha desaparecido. Los cálices y la pelvis estan por lo comun dilatados.

»Rayer habla tambien de otra especie de trabajo morboso, que se verifica en la sustancia tubulosa, y que trae igualmente consigo la atrofia de la sustancia cortical. Ha visto, tanto en el hombre como en los animales, las estremidades de muchos pezoncillos aplastadas é infiltradas de una materia en apariencia mucosa ó coloidea trasparente. «Las porciones de sustancia cortical correspondientes á los conos de estos pezoncillos alterados estan deprimidas, y se ven en la superficie interna del riñon unas islitas, formadas por la sustancia cortical, dispuestas sobre un fondo pardusco y fibroso, que in-

dican los sitios donde existe la atrofia (*loc. cit.*, p. 465, atlas, p. 35, fig. 6 y 7).

»Los SÍNTOMAS de la atrofia renal se confunden muy á menudo con los de la alteracion coexistente: si la atrofia es simple, independiente de cualquier otro trabajo morboso, y producida solamente por la compresion ejercida en el riñon, no da lugar á ningun síntoma muy marcado. Cuando está atrofiado un solo riñon, la orina conserva sus cualidades fisiológicas, porque le suple el otro. Rayer cita una observacion de atrofia, en la cual la orina era clara como el agua de sierra, de muy poca gravedad específica, neutra en el momento de su emision, y no formaba por el enfriamiento depósitos de sales ni de moco, ni contenia ninguna proporcion de albúmina. Mas adelante se encontró este principio en la orina, y sobrevino al mismo tiempo un edema alrededor de los tobillos, anasarca y derrames de serosidad en las cavidades esplánicas (obs. I, p. 466). Quizá hubiera alguno referido estos síntomas á la atrofia del riñon izquierdo; pero habia una estrechez escirrosa considerable de la estremidad inferior del ureter del mismo lado, una hipertrofia y una induracion amarillenta del riñon derecho, y cáncer en diferentes órganos, principalmente en la matriz, en la vagina, en los gánglios mesentéricos, etc. En medio de tan complicadas alteraciones es imposible decidirse por la atrofia renal.

»Segun Rayer, «cuando los dos riñones estan atrofiados en una estension considerable, no solo resulta un desorden de la secrecion de la orina, sino tambien otros fenómenos particulares, que dependen por lo comun de una afeccion del sistema nervioso: los movimientos convulsivos, una especie de temblor seguido de convulsiones, y por último el coma, son los fenómenos que mas ordinariamente se observan» (*loc. cit.*, pág. 465). Citamos este pasage, para demostrar que los que mas se han ocupado de la patologia de los riñones encuentran dificultades cuando tratan de indicar los síntomas de ciertas afecciones renales; de lo que se debe concluir que se necesitan nuevas investigaciones para poder llegar á resultados semeióticos esactos.

»Las CAUSAS de la atrofia renal son de dos especies: unas estan en el mismo riñon, y otras en diferentes órganos. Entre las primeras deben colocarse todas las enfermedades que afectan los tejidos del riñon, y los productos morbosos accidentales que pueden desarrollarse en él. Un cálculo que distienda los cálices, la pelvis ó el ureter, una inflamacion primitiva ó consecutiva de estas mismas partes, la retencion del pus ó de la orina en los cálices y en la pelvis, determinan la atrofia, comprimiendo la sustancia del riñon ó provocando un trabajo morboso cuya naturaleza y modo de obrar son desconocidos. Otras veces la causa de la atrofia renal es el desarrollo de tubérculos, de un cáncer ó de un quiste seroso, urinario ó lleno de equinococos. Tambien puede depender de la falta de desarrollo de las arterias renales, en cuyo caso es congénita. Bouillaud ha sido uno de los primeros que han llamado la atencion de los médicos acerca de las causas de la atrofia, fijándose con particularidad en la compresion ejercida por el hígado ó por el bazo. «Siempre, dice, que he encontrado un riñon atrofiado, he podido comprobar que la circulacion arterial de este órgano secretorio habia encontrado algun obstáculo mas ó menos considerable» (*Recher. et observ. pour servir à la physiol. pathol. des reins*, en *Journ. compl.*, t. XXXI, pág. 11; 1828).

»Las causas que no estan en el riñon mismo son las diferentes enfermedades de los órganos inmediatos, tales como el cáncer y la hipertrofia del hígado ó del bazo, la degeneracion cancerosa de los gánglios mesentéricos, que forman vastos tumores en medio de los cuales se encuentra comprimido el riñon, los abscesos lumbares, etc.» (MONNERET Y FLEURY, sit. cit.)

ARTICULO III.

De la hipertrofia de los riñones.

»En la hipertrofia renal simple es el tejido del órgano mas voluminoso que de costumbre; pero su estructura no está en manera alguna alterada. La hipertrofia puede existir en uno ó en los dos riñones, en la sustancia cortical ó en la tubulosa esclusivamente.

»La hipertrofia simple de un solo riñon depende á menudo de lesiones congénitas; se ha visto el caso de dirigirse dos arterias renales á un riñon hipertrofiado (Andral, *Anatom. pathol.*, t. II, p. 621). La atrofia congénita de uno de estos órganos trae consigo la hipertrofia del otro, que equivale él solo á dos riñones de un volumen ordinario.

»La hipertrofia patológica se verifica, cuando se ha destruido parcialmente un riñon ó se ha alterado su estructura por alguna enfermedad, que ha respetado al del otro lado ó no le ha invadido sino en una pequeña parte de su estension. Cuando ambos órganos participan de la enfermedad, no adquiere ninguno desarrollo supletorio.

»Rayer ha observado muchos ejemplos de hipertrofia de ambos riñones en los diabéticos. El estado morboso depende en esto caso de la alteracion de la secrecion urinaria. Luego citaremos (V. HIPEREMIA) un caso de diabetes, recogido por uno de nosotros, en el cual estaba el riñon hiperemiado, pero no aumentado de volumen.

»La hipertrofia parcial del riñon se presenta, cuando una parte del órgano se ha destruido ó atrofiado por un quiste, un absceso, ó á consecuencia de la dilatacion de uno ó muchos cálices; las partes hipertrofiadas forman abolladuras y pezoncillos de figura irregular. Se ha visto la hipertrofia parcial en la sustancia cortical.

Rayer asegura que en la diabetes se halla evidentemente exagerado el desarrollo de esta sustancia, el calibre de los vasos es mas considerable, y las glándulas de Malpigio mas aparentes (*loc. cit.*, p. 459). No se encuentra nada de preternatural en la orina, solo que está aumentada la secrecion de este líquido.

ARTICULO CUARTO.

De la anemia de los riñones.

»Débese á Rayer una escelente descripcion de esta enfermedad, que antes de él era poco conocida, y se habia confundido con estados patológicos enteramente distintos. El tejido del riñon anémico está mas palido que en el estado natural; algunas veces tiene un color blanco amarillento ó casi enteramente descolorido, y otras semejante al del café con leche ó al de hoja seca. La anemia es *general* ó *parcial*, *simple* ó *acompañada de alguna alteracion*.

»En la anemia general las dos sustancias del riñon estan casi igualmente descoloridas. Obsérvase esta alteracion en los tísicos y en los enfermos que han sucumbido de una hemorragia muy continua ó abundante, ó de un cáncer de alguno de los órganos contenidos en la cavidad del abdómen. Rayer ha encontrado esta anemia en las condiciones morbosas que acabamos de indicar, y dice que el tejido del riñon tiene entonces un color gris y azulado, muy distinto de la anemia amarilla que se observa en la enfermedad de Bright (*loc. cit.*, página 453). Uno de nosotros ha tenido ocasion de verla muchas veces en sugetos muertos de tisis pulmonal, y se ha podido convencer de que la anemia dependia únicamente de una especie de atrofia del órgano, y de ningun modo de una materia nueva depositada en los tejidos. El riñon era mas pequeño que en el estado natural.

»Rayer dice con razon, que no debe confundirse la simple anemia amarilla con otros colores semejantes, que dependen de la infiltracion del pus ó de depósitos fibrinosos descoloridos. La primera de estas dos alteraciones se conoce en la presencia de glóbulos purulentos, que se perciben fácilmente con el microscopio; la segunda se debe, segun Rayer, á la inflamacion y á una alteracion consecutiva de los glóbulos de sangre infiltrados, y ofrece alguna semejanza con el color amarillo que adquiere la piel á consecuencia de las petequias, y de ciertas inflamaciones de forma y naturaleza muy variadas; pero esto no es mas que una hipótesis. Una de las alteraciones que se han confundido mas á menudo con la anemia del riñon, es la degeneracion amarillenta que viene á constituir uno de los grados de la enfermedad de Bright. El riñon se pone á veces muy amarillo cuando hay una ictericia general; pero basta indicar esta causa de error para evitarle fácilmente.

»La *anemia parcial* ocupa esclusivamente una ú otra sustancia. Rayer cita muchos ejemplos de anemia limitada á la sustancia cortical, observados en sugetos que habian sucumbido de tisis pulmonal (ob. cit., t. I, p. 451). Nosotros hemos visto confirmada esta descoloracion parcial en iguales condiciones patológicas. En algunos casos solo está mas pálida la sustancia cortical; pero en otros adquiere un color amarillento que parece anunciar un principio de degeneracion. Cuando la anemia reside esclusivamente en los pezoncillos, lo cual es raro, tienen estos un color blanquecino, que contrasta con la sustancia cortical ordinariamente menos descolorida. Comprimiendo las partes afectas, solo sale una corta cantidad de sangre, y aun puede suceder que no se esprima la menor gota.

»La lesion que mas constantemente acompaña á la anemia del riñon es la disminucion del volumen de este órgano, y esta doble alteracion prueba que ha sobrevenido un cambio profundo en la nutricion intersticial del riñon afecto. En algunos casos se fija la atrofia esclusivamente, ó por lo menos es mas pronunciada, en la sustancia mamilar que en la tubulosa. Estas atrofias y anemias parciales dependen de causas locales, por ejemplo, de la compresion de parte del riñon por algun tumor desarrollado en sus inmediaciones. Rara vez está el riñon afectado de anemia y de hipertrofia á un mismo tiempo. A veces conserva su volumen natural, y tambien puede presentar una mezcla de anemia y de hiperemia, de lo que resulta un aspecto jaspeado ó punteado. A menudo se descubren en medio del tejido atacado de anemia unas estrias rojas ó estrellas, formadas por vasos congestionados.

»La anemia del riñon se encuentra en muchas condiciones patológicas, entre las cuales es muchas veces difícil establecer alguna correlacion bajo el punto de vista de su influencia patogénica. Todas las causas generales de la anemia pueden producirla en el órgano que nos ocupa: las hemorragias, las sangrias repetidas, y todas las enfermedades que alteran profundamente la nutricion general, como el cáncer del estómago y del útero, la tisis pulmonal, la caquexia saturnina, etc. Puede desarrollarse la anemia por causas puramente locales. Rayer coloca al frente de estas causas las nefritis simples y albuminosas. Ya hemos demostrado que el trabajo flegmásico es estraño á la produccion de la enfermedad de Bright (V. esta palabra), y por consiguiente á la anemia que se encuentra en esta afeccion. Ademas nos parece poco conveniente dar el nombre de anemia al color amarillento que presenta entonces el riñon, pues hay en tales casos una alteracion de naturaleza muy diferente. La inflamacion no nos parece capaz de producir por sí sola la anemia renal: rara vez sobreviene esta bajo el imperio de semejante causa, tanto en el riñon como en los demas órganos.

Hay otras causas que obran ejerciendo en la sustancia del riñon una compresion lenta, que acaba por producir la anemia y al mismo tiempo la atrofia del órgano, ó solo de alguna de sus partes. Rayer dice haber visto obrar de dentro afuera una compresion producida por retenciones de orina, de pus, ó de un humor seroso en la cavidad de la pelvis y de los cálices; en otros casos han determinado la anemia un absceso por congestion, un tumor del bazo, del hígado ó de los intestinos gruesos.

»No es fácil saber si la orina está alterada en la anemia; porque esta enfermedad se complica casi siempre con otras alteraciones del riñon. Puede la orina contener sangre en proporcion notable, ó solamente glóbulos perceptibles con el auxilio del microscopio: tambien se demuestra en ella la presencia de la albúmina. Cuando la anemia es simple, no se encuentra ninguna variacion en la composicion normal de la orina» (Monneret y Fleury, *sit. cit.*).

ARTICULO QUINTO.

De la hiperemia de los riñones.

»La congestion sanguínea, en el riñon como en los demas órganos, es efecto de causas muy diferentes por su naturaleza y por su sitio.

»A. Puede depender de una afeccion del riñon y principalmente de la flegmasia aguda de su parenquima. Mas adelante describiremos los caractéres anatómicos de esta hiperemia (V. *Nefritis*), limitándonos á decir aqui, que el riñon está aumentado de volumen; sus dos sustancias, ó solo una de ellas, presentan una inyeccion vascular, un color rojo subido, uniforme, ó bien unos puntitos ó estrias rojizas, que corresponden á los vasos sanguíneos que estan turgentes. Acompañan tambien á la hiperemia del riñon la induracion y á veces el reblandecimiento.

»B. Al lado de esta primera forma de hiperemia se coloca naturalmente la producida por una congestion hemorrágica del riñon. Todo su parenquima está lívido y fluye de él mucha sangre, cuando se divide el órgano con el escalpelo. Si se le comprime, destila tambien sangre por la estremidad de los pezoncillos (V. *Nefrorragia*, t. VI, p. 167). La consistencia del órgano es natural, y su volumen se aumenta en proporcion de la intensidad de la congestion. Algunas veces llega á tal punto la hiperemia, que la sangre se estravasa y se infiltra por el tejido renal.

»C. La hiperemia del riñon es á menudo el primer grado de un trabajo patológico, que induce en la estructura de este órgano alteraciones profundas, que mas adelante es imposible referir á una simple congestion sanguínea: tal es por ejemplo la alteracion conocida con el nombre de *enfermedad de Bright*. Muchos autores afirman que el primer grado de esta enfermedad es una hiperemia flegmasípara; pero ya hemos visto que no designan ningun caracter anatómico capaz de darnos á conocer esta hiperemia, cuyo resultado debe ser tan funesto.

»Rayer coloca entre las causas locales de la hiperemia la flebitis renal, y en un caso de esta especie encontró el riñon hinchado, duro y de un color encarnado subido (*loc. cit.*, p. 444). Uno de nosotros ha referido un caso de diabetes sacarina, observado en un sugeto cuyo riñon derecho presentaba la alteracion propia de la hiperemia simple, mientras que el izquierdo estaba afectado ya de la degeneracion amarillenta (Monneret, *Quelq. remarq. sur un cas de diabète sucré*, etc.; *Archiv. génér.*, sér. 3.ª, tomo VI, p. 300; 1839).

»D. La hiperemia renal depende muy á menudo de enfermedades de los órganos circulatorios y respiratorios. No hay médico que no haya encontrado en la autopsia de sugetos muertos de afecciones crónicas de los orificios y del tejido del corazon, los riñones sumamente congestionados; su tejido de un color rojo negruzco, perciбiéndose fácilmente al través de la cápsula fibrosa, todos los vasos grandes y pequeños distendidos por la sangre, los que circunscriben los polígonos (estrellas de Verhegen) y los que serpean entre los pezoncillos en su base, en las membranas de la pelvis y en el tejido celular grasiento que rodea el riñon. Cuando se divide este órgano, sale de él una gran cantidad de sangre, y cuando se quita la cápsula, quedan muy de manifiesto las arborizaciones de la sustancia cortical y las glándulas de Malpigio. En el caso de hiperemia intensa y antigua, se aumenta el volumen del riñon, y su consistencia es mayor que en el estado natural; aunque puede suceder lo contrario. Ordinariamente afecta la congestion de igual modo al riñon en su totalidad, y cuando solo está interesada una de las dos sustancias, es casi siempre la mas vascular, es decir, la cortical.

»Encuéntrase tambien la hiperemia que acabamos de describir en los casos de enfermedad de los vasos mayores, en los sugetos que han fallecido de asfixia y que han tenido muy oprimida la respiracion, en los tísicos, en los casos de derrame pleurítico ó de neumonia estensa, en las enfermedades del hígado y en las hipertrofias considerables del bazo; en una palabra, siempre que la circulacion venosa abdominal esperimenta algun obstáculo, que dificulta su curso ó el de la circulacion cardiaco-pulmonal.

»E. La hiperemia renal puede provenir de una alteracion de la sangre, como en las fiebres graves, el tifus, la fiebre amarilla, el carbunco de los animales (Rayer, t. III, p. 446); la hemos visto en sugetos que habian muerto de viruelas confluentes ó de fiebres tifoideas muy graves. En todos estos casos tienen los parenquimas una disposicion á las congestiones

sanguíneas pasivas. La hiperemia es casi siempre general, y se manifiesta igualmente en los dos riñones.

»F. La *hiperemia cadavérica* debe distinguirse con cuidado de las que acabamos de describir; se efectúa por imbibicion, y da lugar á un color rojizo casi igual en toda la estension del órgano, acompañado de reblandecimiento de la sustancia del riñon. Sin embargo, á veces estan dispuestas las coloraciones lívidas bajo la forma de fajas, de estrias, ó de jaspeados irregulares como en los demas órganos.

»Los síntomas de la hiperemia son variables como las circunstancias patológicas en que se manifiesta. Rayer dice que la orina está á veces cargada de albúmina y puede contener glóbulos sanguíneos. En la hiperemia provocada por las enfermedades del corazon, sale á veces por largo tiempo la orina albuminosa» (Monneret y Fleury, *sit. cit.*).

ARTICULO SESTO.

De la hemorragia de los riñones.

»¿Sinonimia.—*Nefrorragia*, derivado de νεφρος riñon y de ρηγνυμι yo fluyo; *hemonefrorragia* de Piorry; y *hemorragia renal* de Rayer y otros autores.

»Las hemorragias renales se han comprendido por mucho tiempo con el nombre comun de *hematuria*; pero con este nombre solo se debe designar el flujo de sangre por la uretra; síntoma que puede faltar en las hemorragias renales, y cuando existe, provenir de hemorragias de las diversas partes de las vias urinarias.

»Definicion.—Con el nombre de nefrorragia deben designarse todas las hemorragias que tienen su asiento en el riñon, ya sea que el líquido sanguíneo corra por los cálices y la pelvis, y llegue hasta la vejiga, ó ya permanezca infiltrado en el tejido propio del órgano, debajo de su cápsula, y aun por fuera de esta membrana.

»Divisiones.—Son las mismas que se han admitido para las hemorragias de otros órganos. Habiendo insistido ya bastante sobre las graves cuestiones de patología general que han promovido estas divisiones (V. Hemorragias en general), nos bastará decir, que se consideran como activas, pasivas, críticas, supletorias, etc., segun las condiciones morbosas locales ó generales que les dan origen.

»Rayer, á quien se debe una historia completa de estas hemorragias, las divide en tres grupos distintos: 1.º hemorragias renales sintomáticas de lesiones del riñon; 2.º hemorragias sintomáticas de afecciones generales, y 3.º hemorragias esenciales (*Traité des maladies des reins*, t. III, p. 327).

»Las hemorragias de los riñones se prestan muy bien á las grandes divisiones que dejamos establecidas en nuestro artículo Hemorragias en general, y por lo tanto describiremos: 1.º una nefrorragia por alteracion del sólido, que comprenderá la que proviene de enfermedades de los riñones (cálculos, nefritis, pielitis, etc.); 2.º otra por alteracion de la sangre, á la que se refieren: *a*. la nefrorragia por aumento de glóbulos (plétora), y *b*. por disminucion de fibrina (nefrorragia de las fiebres graves, del vómito negro y de la peste); 3.º las que reconocen una simple lesion dinámica, es decir, una alteracion en la secrecion de los tejidos sin cambio apreciable de su testura (nefrorragia esencial, supletoria, crítica, hematuria endémica de la Isla de Francia), y 4.º las nefrorragias traumáticas. En estas diversas hemorragias puede la sangre, ora infiltrarse en el riñon y formar hemorragias intersticiales ó apoplegias; ora derramarse en la cavidad de los cálices y de la pelvis. Estas diferencias de sitio en nada varian su naturaleza, por lo que no creemos deban ser objeto de una division particular. Presentando de este modo la historia de las hemorragias renales, resultan en cada grupo casos muy análogos por sus causas, síntomas y tratamiento.

»Empezaremos por describir los caractéres anatómicos y los síntomas comunes á todas las nefrorragias, procurando despues trazar la historia particular de cada una de ellas, al menos en cuanto sea posible con los materiales incompletos que tenemos á nuestra disposicion.

»Lesiones anatómicas.—Puede la sangre infiltrarse en diversos puntos de la sustancia renal, ó derramarse en la cavidad de los cálices ó de la pelvis. En este último caso se encuentra sangre pura y coagulada dentro de los conductos uriníferos, ó bien un líquido negruzco, semejante á las heces de café, mezclado con cierta cantidad de serosidad y de orina, y muchas veces unido con cálculos, pus, materia cancerosa, ó restos de acefalocistos. La sangre fluye de los orificios de los vasos urinarios y de la estremidad de los pezoncillos, de los cuales se la puede todavia esprimir en el cadaver.

»La infiltracion de la sangre en el tejido del riñon toma el nombre de *apoplegia renal*. El sitio de la hemorragia es bastante variable: cuando está depositada la sangre en la superficie esterna del órgano, levanta su cápsula y forma unas especies de abolladuras: las dimensiones de estos focos son comunmente poco considerables. Es muy raro que la sangre se abra paso al través de la cápsula y se derrame fuera de los riñones en la region de los lomos y en los vacios, debajo del peritóneo. La sangre derramada es á veces bastante abundante para formar focos estensos; pero tales hemorragias apenas se verifican sino por efecto de contusiones, heridas ó caidas.

»Obsérvanse tambien pequeños equimosis formados por el derrame sanguíneo, ora debajo de la cápsula fibrosa, ora en la membrana de los cálices y de la pelvis, ó por último en el tejido mismo del órgano. Se hallan en la

sustancia cortical con mas frecuencia que en la tubulosa. La hemorragia intersticial aparece en forma de manchas equimosadas y de petequias, que se distinguen fácilmente de la simple hiperemia inflamatoria, ó de cualquier otra naturaleza, por la combinacion íntima de la sangre con el tejido. Las demas alteraciones que pueden observarse en el riñon no pertenecen á la nefrorragia, y por lo tanto no deben incluirse en la historia de esta enfermedad.

»Síntomas comunes á todas las nefrorragias.—El caso mas frecuente, y al mismo tiempo el mas simple, es aquel en que la sangre que fluye de los riñones, se mezcla con la orina y sale al esterior, constituyendo asi una hematuria. Lo primero que hay que hacer en este caso, es justificar la presencia de la sangre en la orina á beneficio de los procedimientos que se conocen en la actualidad.

»Es raro que la sangre forme la totalidad del líquido espelido por la vejiga; casi siempre está mezclada con una cantidad considerable de orina. Esta ofrece un color rojo ó parduzco cuando la sangre es abundante; conteniendo muchas veces coágulos fibrinosos, negruzcos y rara vez descoloridos, cuya forma es en general prolongada, mas ó menos cilíndrica. Los coágulos afectan en ciertos casos formas singulares, y tanto que se los ha confundido con vermes, lombrices ó estróngilos, procedentes de la vejiga ó de los riñones (*Mictus cruentus verformis*). En otros casos se hallan constituidos por filamentos fibrinosos muy largos, ó por una especie de conductos, á cuyo través se abre paso la orina. Cuando este líquido no contiene mas que una pequeña porcion de sangre, presenta un rojo claro, parduzco, ó simplemente un tinte oscuro y sonrosado, que revela fácilmente la presencia de la sangre, con solo haber observado una vez semejante alteracion. No debemos insistir mas en los caractéres de las orinas sanguinolentas; solo recordaremos que contienen todos los elementos de la sangre, los que fácilmente pueden comprobarse por los medios de esploracion que se usan generalmente en la actualidad: los glóbulos con el microscopio, y la serosidad y la albúmina que estan en disolucion, con el calor y el ácido nítrico. Ademas son alcalinas ó estan muy dispuestas á serlo.

»Una vez comprobada la presencia de la sangre, es preciso averiguar si proviene del riñon y no de la vejiga, de la prostata, de la uretra, ó aun de los órganos adyacentes. Para esto es preciso tener en cuenta las diversas circunstancias que acompañan al desarrollo del mal. Por medio del cateterismo y de la atenta observacion de datos que ofrece la escrecion de la sangre, se conoce si esta sale por delante ó por detras del esfínter de la vejiga. Para establecer que dimana del riñon, es preciso tener en cuenta los signos particulares de cada una de las enfermedades de este órgano. Un ejemplo nos hará comprender mejor el modo como debe procederse para diagnosticar la nefrorragia. Supongamos que un enfermo escreta sangre con la orina, y se quiere determinar el asiento y naturaleza de la hemorragia. Para conseguir este resultado, es preciso averiguar: 1.º si es sangre lo que está mezclado con la orina; 2.º si se verifica el flujo por detrás del esfínter vesical; y 3.º si proviene por ejemplo de un cálculo engastado en la pelvis ó los cálices. Ya hemos indicado los signos que sirven para resolver los dos primeros puntos del diagnóstico, y en cuanto al último, es necesario tomar en consideracion para establecerlo los demas síntomas de la afeccion renal que produce la hemorragia. En efecto, descubriendo que todos los signos observados son de un cálculo renal, se deduce con mucha probabilidad que la sangre dimana del riñon. Ademas, el estudio de cada una de las nefrorragias que dejamos admitidas acabará de establecer el diagnóstico del mal.

»Las hemorragias renales van seguidas de algunos accidentes que indicaremos en pocas palabras. Cuando se repiten con frecuencia y la sangre llega casi sin cesar á la vejiga, esperimenta el enfermo peso en el hipogastrio, ganas frecuentes de orinar, espeliendo cada vez pequeñas cantidades de orina y de sangre, ya líquida ó ya coagulada. Pero si se acumula en los cálices y en la pelvis porque oponen obstáculo á su curso los coágulos ó los cálculos, distiende á veces considerablemente dichos conductos y aun el riñon. Si la hemorragia dura mucho tiempo, va seguida de todos los fenómenos de una anemia mas ó menos intensa.

»Nada podemos decir en general sobre el curso, pronóstico y tratamiento, de estas hemorragias, pues no se diferencian de los de la enfermedad de que son síntomas.

»1.º *Nefrorragia debida á una enfermedad del riñon*; *hemorragia renal sintomática.*— Esta suele resultar de las contusiones, heridas y todas las violencias que sufren los riñones ó la region correspondiente á estos órganos. Se presenta por lo comun desde el principio, y muchas veces durante todo el curso de la nefritis simple, aguda ó crónica. Estamos asistiendo en este momento á un jóven afectado de una nefritis aguda simple, que ha provocado ya muchas hemorragias: las orinas de este enfermo, despues de haber contenido cantidades bastante considerables de sangre, se volvieron descoloridas y alcalinas, y precipitaron una gran porcion de albúmina, que despues desaparecio tambien. Por espacio de muchos dias se encontró en ellas carbonato de cal, hasta que al fin han recobrado su estado fisiológico. El dolor renal y el análisis de la sangre, que ha demostrado un aumento notable de fibrina, no dejan duda alguna sobre la naturaleza inflamatoria de la afeccion. Inútil es decir que en este caso no se observa enfermedad alguna mas que

la inflamacion, á que poder atribuir la nefrorragia.

»Tambien es este flujo un síntoma frecuente de la enfermedad de Bright, de la nefritis gotosa y reumática, de la pielitis simple, y de la que Rayer llama *hemorrágica*, por la frecuencia con que va acompañada de hemorragia. Entre las causas de la afeccion que nos ocupa, figuran en primera línea el cáncer del riñon y los cálculos, entre cuyos síntomas mas comunes debe incluirse, como nadie ignora, el cólico nefrítico. Los cuerpos estraños, como las arenillas y los seres organizados vivos, en cuyo caso se hallan los acefalocistos y el estróngilo, determinan muchas veces nefrorragias. Tambien las favorecen el uso de las preparaciones en que entran las cantáridas, y en ciertos casos el bálsamo de copaiba, el del Perú y la trementina.

»Los signos de estas hemorragias sintomáticas no deben buscarse en la presencia de la sangre en la orina, porque esta no puede indicar la naturaleza de la lesion; sino en los demas síntomas del mal. Por lo tanto es preciso observar los que corresponden á la nefritis, á la pielitis, á los cálculos, etc., para poder decir de qué enfermedad procede la nefrorragia.

»El tratamiento consiste: 1.° en detener la hemorragia por los medios hemostáticos comunes; y 2.° en combatir la afeccion de que depende, por los agentes terapéuticos apropiados á cada caso particular.

»2.° *Nefrorragia por alteracion de la sangre.*—Esta clase comprende: 1.° las nefrorragias por aumento de los glóbulos sanguíneos, y 2.° las ocasionadas por una disminucion de la fibrina.

»En el primer órden podrian colocarse las nefrorragias acaecidas en personas robustas, cuyos riñones no presentasen ninguna especie de alteracion. No hemos encontrado en las obras un solo ejemplo que pruebe esta especie de hemorragia renal, y solo la mencionamos para marcar su puesto. Las nefrorragias que suplen á las reglas ó á las hemorroides en los individuos de constitucion pletórica, podrian igualmente referirse á esta clase de hemorragia; pero se necesitan análisis detenidos de la sangre para decidir esta cuestion. Ya insistiremos en este punto al tratar de la tercera especie de nefrorragia.

»En el segundo órden se colocan las que con tanta frecuencia se observan en la fiebre tifoidea, en las viruelas, el sarampion, la escarlatina, en el tifus epidémico, en la fiebre amarilla, la púrpura, y por último en el escorbuto. En estas enfermedades se halla la sangre las mas veces infiltrada en el riñon; el cual presenta al examinarlo verdaderas apoplegias difusas. Hemos tenido ocasion de inspeccionar hace poco el cadáver de un individuo, que habia padecido todos los accidentes de una fiebre tifoidea intensa, con hemorragia intestinal, y cuyos dos riñones presentaban debajo de la cápsula una multitud de equimosis bastante estensos, sin que la orina hubiera ofrecido nada notable. El paso de los materiales de la sangre á la orina produce á menudo esas orinas albuminosas, que se observan en las fiebres tifoideas. Por lo demas, estas nefrorragias son bastante raras en la fiebre tifoidea, pero no tanto en las viruelas. Barth ha visto en un individuo que sucumbió á unas viruelas graves, estensa y profundamente equimosados los cálices y las pelvis de ambos riñones (Rayer, obra cit., t. III, p. 345). Este autor habla tambien de un enfermo afectado de escarlatina, en quien existia una alteracion análoga (*loc. cit.*, p. idem).

»La escarlatina es una causa muy comun de nefrorragia con orinas sanguinolentas; las cuales anuncian la invasion de una hidropesia general.

»Obsérvanse tambien estas hemorragias en las afecciones carbuncosas, en el muermo y en los animales sometidos á la trasfusion de la sangre. En todos estos casos, y en los demas que acabamos de referir, la alteracion de la sangre, que consiste en una disminucion de la fibrina, es seguramente la causa de la hemorragia.

»Muchas veces son desconocidos estos flujos durante la vida por la gravedad de los accidentes que los ocultan, y sobre todo por lo difícil que es recoger la orina. Su pronóstico es muy grave, y se funda en la enfermedad y no en el flujo sanguíneo considerado en sí mismo.

»3.° *Nefrorragia por simple lesion dinámica ó por alteracion de secrecion.*—Ha recibido el nombre de *nefrorragia esencial*. Rayer coloca en esta clase las hemorragias renales continuas ó intermitentes, las supletorias, las críticas y las endémicas. Diremos una palabra acerca de cada una de ellas.

»Rayer cita dos ejemplos de nefrorragias, que llama *renales esenciales, continuas*. El primer enfermo escretó orinas sanguinolentas, y se curó rápidamente despues de haber esperimentado un dolor en la region renal derecha. En el segundo, que sucumbió con nefrorragias abundantes, se encontraron alteraciones muy profundas en la sustancia de ambos riñones. Cuesta algun trabajo comprender, cómo haya podido persuadirse Rayer que bastan tales observaciones para admitir una hemorragia esencial (tomo III, p. 341); pues la relacion que hace el mismo autor, prueba de un modo evidente, que eran sintomáticas de una enfermedad ya adelantada del riñon, al menos en el último enfermo.

»La nefrorragia por simple lesion dinámica puede ser periódica, es decir, aparecer con intervalos regulares, sin referirse á ninguna lesion manifiesta del tejido renal. En los anales de la ciencia se encuentra alguno que otro ejemplo de esta especie de hemorragia, aunque Rayer no ha observado ninguno. En cuanto á las que suplen á otro flujo sanguíneo, como las reglas

ó las hemorroides, por ejemplo, ó que dependen de una fiebre intermitente perniciosa, son tal vez menos raras. Hemos leido cuidadosamente los hechos de este género contenidos en las obras, y no hemos podido salir de dudas; hasta nos parece que muchos casos de hematuria eran mas bien hemorragias vesicales que verdaderas nefrorragias. Otras veces no se ha practicado la autopsia; de modo que no puede afirmarse si se hallaban exentos de lesion los riñones y la vejiga.

»*Hematuria endémica de las regiones de los Trópicos.* — Rayer ha dado á conocer en estos últimos tiempos una hemorragia renal, que reina endémicamente en los habitantes de aquellas comarcas, sobre todo en el Brasil y en las islas de Francia y de Borbon. La historia de esta hematuria deja mucho que desear, y está fundada en observaciones demasiado escasas, para que pueda determinarse con esactitud su naturaleza.

»Se han descrito con el nombre de hematuria endémica algunos casos muy complejos: tal es por ejemplo el de un jóven, que al mismo tiempo que padecia de hematuria y *cálculos de ácido úrico*, presentaba hemorragias sub-epidérmicas numerosas y estensas en los miembros inferiores, y un estado de debilidad y estenuacion considerable (obs. 14, cit. por Rayer, página 385). ¿No podria sostenerse en este caso que la hemorragia renal dependia de una alteracion general de la sangre justificada por las petequias? En otro enfermo, de quien habla Rayer, y que estaba igualmente afectado de una hematuria endémica, se analizó la sangre, y se encontró menos fibrina, pero mas albúmina y materia grasa; por lo que este médico no vacila en decir que en su opinion «el trastorno de la secrecion urinaria observado en el enfermo dependia manifiestamente de un estado particular de la sangre» (*loc. cit.*, p. 405). Resulta pues, que es preciso separar de las nefrorragias esenciales muchos casos de hematuria endémica, refiriéndolos á hemorragias sintomáticas y alteraciones locales ó generales, y que esta entidad morbosa necesita estudiarse de nuevo con cuidado, sometiéndola á un severo examen.

»Ninguna noticia tenemos de los desórdenes hallados en el cadaver. El médico brasileño Simoni ha visto en un caso el tejido celular de los riñones alterado, y el propio del órgano mas blando y voluminoso que de ordinario.

»Rayer admite tres formas principales de hematuria endémica: 1.° hematuria simple; 2.° hematuria con cálculos úricos, y 3.° con orina quilosa, albuminosa ó grasienta.

»En la hematuria simple no siempre contiene sangre la orina; pero cuando se halla este líquido mezclado con ella en mucha cantidad, pueden formarse coágulos, asi en el ureter como en la vejiga, y producir los síntomas de la retencion de orina: algunas veces sale la sangre pura y en cantidad bastante considerable. Cuando se abandona la orina á sí misma, se deposita en la parte inferior del vaso un polvo amorfo rojizo, ó pequeños cuajarones, que no son otra cosa que glóbulos sanguíneos fáciles de apreciar con el microscopio. El calor y el ácido úrico descubren la presencia de la albúmina, aun cuando no pueda conocerse por la vista que la orina contiene sangre. La secrecion urinaria es mas frecuente que de costumbre, y en algunos individuos la provoca un cosquilleo incómodo en la uretra.

»En la hematuria con cálculos deposita la orina un sedimento, formado por sangre y ácido úrico cristalizado. El examen microscópico de este líquido es el único que puede demostrarnos las arenillas de cortas dimensiones que estan mezcladas con la sangre.

»La hematuria con orina quilosa se halla caracterizada con mucha esactitud por la composicion del líquido escretado; los enfermos espelen por lo comun dos clases de orina: una que tiene todas las propiedades de la sanguinolenta, en la que se encuentran glóbulos sanguíneos, fibrina y albúmina, y otra de un rojo pálido, que abandonada á sí misma se separa en dos partes: una inferior sanguinolenta, y otra superior de un blanco lechoso y opaco. Á esta orina es á la que se ha dado el nombre de quilosa, por la semejanza que tiene con el líquido que se hace artificialmente, mezclando con la orina el quilo recogido en el receptáculo de Pecquet de un caballo. Tratada por el éter se hace trasparente, y cuando este se evapora, se obtiene una cantidad considerable de materia grasa. Privada la orina de esta materia, y tratándola despues por el ácido nítrico y el calor, da albúmina; y evaporada hasta la consistencia de jarabe, y tratada por el ácido nítrico, forma cristales de nitrato de urea. Cuando se examina con el microscopio la orina lechosa, no se descubren en ella glóbulos de sangre ni de materia grasa. Rayer no ha visto jamás la materia grasa bajo la forma globulosa, y sí solo mezclada con glóbulos parduzcos, aplanados y semejantes á los de la sangre.

»En otra forma de la enfermedad es la orina albuminosa y grasienta á la vez, es decir, que se encuentra en ella la albúmina, que se separa comunmente de la sangre y de las materias grasas del quilo. Otro caracter importante de la hematuria es la trasformacion de la orina sanguinolenta en quilosa, albuminosa y grasosa. Muchas veces se hace albuminosa la orina sanguinolenta en la nefritis simple, en la enfermedad de Bright y en otras circunstancias patológicas; pero nunca quilosa ó lechosa.

»Quevenne ha publicado el análisis de una orina albúmino-grasosa examinada por él, y ha encontrado: 1.° glóbulos sanguíneos alterados; 2.° otros que tenian el aspecto de los del moco ó del pus, y 3.° láminas de epitelium.

»El análisis le ha dado:

Aceite fijo aromático.	1,90

Albúmina.	0,70
Materias estractivas y salinas que se dividen en parte estractiva soluble en el alcohol y en lactato de urea. . .	1,20
Parte estractiva insoluble en el alcohol, y sales formadas por cloruros, fosfatos, sulfatos y ácido úrico.	1,10
Agua..	95,10
	100,00

»La hematuria es una afeccion crónica que puede durar muchos años sin producir la muerte. Es debida á causas endémicas que no conocemos, y se mejora siempre y aun cesa muchas veces emigrando á los paises frios ó templados de Europa. Frecuentemente determina al fin un estado caquéctico funesto y una alteracion notable de la sangre; y en efecto bien se concibe que es imposible que se sustraigan incesantemente á la economía la albúmina y las demas partes de que se compone el líquido sanguíneo, sin que resulte muy luego una anemia mayor ó menor, y una debilidad general proporcionada á la pérdida de sangre que se ha verificado.

»La hematuria endémica se confunde muchas veces por los médicos que no han tenido ocasion de observarla, con la hemorragia renal producida por la nefritis simple, calculosa, albuminosa, etc.; sin embargo, es fácil formar el diagnóstico con solo estar advertido del error que puede cometerse. Por otra parte la forma de que hablamos difiere de las demas, en que ataca casi esclusivamente á los habitantes de las regiones de los trópicos, y en que se manifiesta en sugetos de corta edad, y dura un número considerable de años sin alterar mucho la salud, y sin que pueda descubrirse ninguna lesion apreciable de testura en los riñones ó en otras vísceras. Distínguese tambien la hematuria endémica de las otras, en que es la única que puede ocasionar de un modo contínuo el paso de la sangre á la orina y la trasformacion de la orina albuminosa en quilosa ó albúmino-grasosa, y la única tambien que se reproduce con perseverancia, mientras continúan los individuos en su pais natal, cesando ó al menos disminuyendo durante los viages. Podria tomarse por quilosa una orina que contuviera materia purulenta; pero esta última presenta glóbulos de pus, mientras que en la primera son sanguíneos. Ademas la quilosa es opaca en toda su profundidad, y la purulenta, por el contrario, es trasparente por encima del sedimento que forma el pus.

»Causas.—La hematuria es frecuente en el Brasil, en las islas de Mauricio y de Borbon, y tambien se la observa en Egipto y en la Nubia. Aunque es comun á uno y otro sexo, ataca con mas frecuencia á las mujeres que á los hombres: en la isla de Francia invade mas á menudo en la niñez que en las demas edades.

»Tratamiento.—Se cura espontáneamente por la emigracion de un clima caliente á otro templado, y por lo tanto lo primero que debe hacerse es que los enfermos abandonen su pais natal. El tratamiento que se prescribe mas comunmente en la isla de Francia consiste en las bebidas aciduladas, los astringentes y la sangría. Tambien se recomiendan los baños frios de rio y de mar, las sales ferruginosas, la tintura de cantáridas y todas las preparaciones de quina.

»Historia y bibliografia.—Los médicos griegos se han ocupado mucho del flujo de sangre por la uretra, relativamente al diagnóstico y pronóstico. Hipócrates sabia que la sangre puede dimanar de la vejiga ó del riñon, y su salida ser causada por un cálculo, una úlcera de los riñones, y aun por las afecciones del bazo; pero no podemos decir con esactitud á cuál de las enfermedades de este órgano atribuia semejante síntoma. Celso no añade cosa alguna á lo que habian dicho los griegos antes de su tiempo (*De re medica*, lib. V, *signa percussorum renum*). Galeno considera el flujo de sangre como un indicio de enfermedades de las vias urinarias, y sobre todo de cálculos del riñon. Los árabes y los autores que han escrito despues sobre la materia, creyeron que la sangre podia dimanar del hígado. Sidenham añadió un hecho interesante á los que ya se conocian, haciendo mérito de las orinas sanguinolentas en las viruelas hemorrágicas. Federico Hoffmann da á conocer otra clase de nefrorragia, que es la plétora, bajo cuya sola influencia puede segun él desarrollarse el flujo (*De hemorrhagia ex urinariis viis*).

»Sauvages creó gran número de especies, fundándose en las principales condiciones morbosas que concurren á la produccion de las hematurias. Se hallan bastante bien indicadas, y basta su enumeracion para dar idea de todas ellas: 1.º *hematuria spontanea*, 2.º *violenta ex vomitu*, 3.º *deceptiva*, 4.º *purulenta*, 5.º *calculosa*, 6.º *in exanthematicis*, 7.º *ejaculatoria*, 8.º *stillaticia*, 9.º *hæmorrhoidalis*, 10.º *spuria*, 11.º *nigra*, 12.º *catamenialis*, 13.º *a transfusione*, 14.º *traumatica*, 15.º *a terme* (*Nosologia methodica*, t. II).

»El estudio de las nefrorragias, descuidado antes de ahora por los patólogos, ha llamado muy particularmente la atencion de los autores que han escrito últimamente sobre las enfermedades de los riñones. Las investigaciones acerca de la enfermedad de Bright han acabado de darlas á conocer; pero quien lo ha hecho especialmente con notable talento es Rayer, aunque tal vez ha multiplicado mucho las especies (*hemorragias renales*, en *Traité des maladies des reins*, t. III, en 8.º; Paris, 1841).» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VI. p. 167-172.)

ARTICULO SETIMO.

De la nefritis.

»La palabra nefritis se deriva de νεφρος, riñon, con la terminacion *itis*, que designa las flegmasias.

»SINONIMIA.—Νεφριτις, de Hipócrates y Galeno; *renum dolor*, *exulceratio*, de Celso; *nephralgia*, de Sauvages, Sagar y Swediaur; *nephritis*, de Linneo, Cullen y Vogel; *phlegmone renum*, de Prospero Alpino; *renum inflammatio*, de Sennerto; *cauma nephritis*, de Young; *empresma nefritis*, de Good, y *nefritis simple*, de Rayer.

»DEFINICION.—Desígnase con el nombre de *nefritis simple* toda inflamacion parcial ó general de la sustancia del riñon, sea cualquiera su causa. Esta definicion no tendria ningun sentido riguroso, si no estableciéramos luego los caractéres anatómicos, por cuyo medio puede distinguirse la flegmasia renal de otras afecciones que tienen con ella alguna analogia. Hemos dicho que debe prescindirse de la causa que la produce; y en efecto, ya resulte de la presencia de arenillas, cálculos, entozoarios, ó ya de una flegmasia de la pelvis y de los cálices, siempre conserva la nefritis sus caractéres anatómicos y síntomas constantes; por lo cual no creemos conveniente hacer intervenir en la definicion tales consideraciones, que en nada cambian la naturaleza de la enfermedad.

»Rayer comprende con el nombre de *nefritis simple* «todas las inflamaciones de la sustancia cortical y tubulosa del riñon, producidas por una causa accidental ó mecánica, é independientes de una disposicion constitucional, de una diatesis ó de la accion de un veneno» (*Traité des maladies des reins*, p. 295, t. I, en 8.°; París, 1839). Pero no podemos aceptar semejante definicion, por las razones que ya hemos espuesto.

»DIVISIONES.—Hasta estos últimos tiempos se confundia con el nombre de *nefritis* la flegmasia de la sustancia renal, de los cálices, de la pelvis y de su cubierta esterior. Rayer hace algunas distinciones, que deben conservarse á nuestro parecer, al menos en parte: este médico admite: 1.° una *nefritis* ó inflamacion de la sustancia cortical ó tubulosa de los riñones; 2.° una *pielitis* ó inflamacion de los cálices y de la pelvis, y 3.° una *perinefritis* ó inflamacion de las membranas celular y fibrosa esternas del riñon ó del tejido adiposo que lo envuelve. Estas divisiones, fundadas en el asiento anatómico de la lesion, suelen estar en relacion con los síntomas que se observan.

»Muchos autores estudian por separado una nefritis *idiopática*, *esencial* ó *espontánea*, y otra que llaman *consecutiva*, la que puede depender de la presencia de un cálculo ó de un entozoario en las vias urinarias. Chomel admite una nefritis esencial y otra calculosa (*Recherches sur la nephrite; Arch. gén de méd.*, p. 1, 2.ª série; 1837), y Dalmas una nefritis simple aguda ó crónica, otra calculosa y otra gotosa (art. RIÑONES (patologia de los), *Diccionario de medicina*, 2.ª edic., p. 337).

»Digno es de la mas severa censura el singular abuso que se ha hecho en estos últimos tiempos de la palabra nefritis, de la que se han servido para designar casi todas las enfermedades de los riñones. Rayer admite una nefritis por venenos morbosos, otra gotosa y reumática, y una tercera albuminosa. No es esta ocasion de criticar tales denominaciones aplicadas á enfermedades cuya naturaleza inflamatoria es mas que dudosa en sentir de los mas distinguidos autores; pero debemos indicar bajo qué punto de vista deben considerarse las nefritis calculosa y gotosa. Esta última no es para nosotros una nefritis; y cuando en los casos que con tal nombre se designan está realmente inflamado el riñon, las alteraciones anatómicas que presenta son las mismas que en la nefritis simple, con la diferencia de existir arenillas en los cálices y granitos de ácido úrico diseminados en la sustancia renal. En cuanto á la nefritis calculosa, no es en todos los casos una afeccion idéntica; ora es una pielitis ó inflamacion de la pelvis y de los cálices; ora una nefritis que no difiere de la simple sino por la causa que la ha producido. Mas adelante nos ocuparemos de la nefritis albuminosa, y solo diremos aqui que no la consideramos como una inflamacion.

»Dejando pues á un lado todas las distinciones que acabamos de criticar, solo hablaremos en este artículo de la nefritis aguda y crónica, reservándonos indicar las diversas especies admitidas por los autores al hablar de las especies y variedades. Tambien incluiremos entre estas la perinefritis, que no merece á nuestro parecer un artículo separado.

Nefritis aguda.

»ANATOMIA PATOLÓGICA.—A. *Hiperemia renal.*—En el primer grado de la flegmasia la única lesion que se encuentra es la hiperemia de la sustancia renal. Los riñones aumentan de volúmen y presentan esteriormente una rubicundez viva, y á veces un color moreno oscuro. Distínguense muy á menudo á simple vista los vasitos que forman los polígonos y constituyen pequeñas estrias radiadas muy apreciables: en otros casos está salpicada de un rojo vivo la superficie esterior de la sustancia cortical, y en fin, algunas veces hay manchas rojas que resaltan sobre las partes circunyacentes, cuyo color es normal ó mas pálido que en el estado fisiológico. Rayer refiere otra forma de inyeccion, que se encuentra tambien en el primer grado de la nefritis albuminosa: distínguense aun á simple vista en la superficie esterna del riñon una multitud de puntitos de un rojo vivo, que no forman relieve alguno, y que á veces se hallan mezclados con puntos negros y ve-

sículas pequeñas (ob. cit., p. 314, t. I). En el primer grado de la flegmasía la cápsula fibrosa contrae frecuentemente adherencias con el tejido propio del órgano, y arrastra consigo al desprenderla cierta cantidad de sustancia cortical: sus vasos propios se hallan tambien mas inyectados.

»Las diversas alteraciones de que acabamos de hablar son todavia mas evidentes cuando se divide el riñon en dos partes iguales, siguiendo la direccion de su eje mayor. El tejido cortical está rubicundo, y presenta el salpicado rojo que se percibe al esterior, cuyos puntos estan dispuestos en séries paralelas á la direccion de los conos, y se dirigen de fuera adentro. Empero, como hemos encontrado muchas veces esta lesion en personas que habian sucumbido á enfermedades muy diversas, no podemos considerarla como prueba irrecusable de un trabajo flegmásico incipiente. Estas líneas de puntos son las glándulas de Malpigio, que estan inyectadas y prominentes. La rubicundez es comunmente menor en la sustancia cortical que en la mamilar. Hemos visto hace poco en un enfermo, que habia presentado todos los signos de una nefritis confirmada, una hiperemia que comprendia toda la sustancia cortical del riñon, el cual ofrecia un rojo bermejo uniforme; su tejido era mas blando y flojo que en el estado natural, y ademas de una rubicundez uniforme en todos los puntos, aparecian en la superficie esterior del órgano una multitud de estrias estrelladas, producidas por la inyeccion de vasos voluminosos. Cuando se divide un riñon inflado, fluye de él una cantidad considerable de sangre negra, aunque menor que en las hidropesias pasivas; siendo mas difícil que en estas hacer que pierdan los riñones su color, á causa de hallarse la sangre combinada mas íntimamente con el parenquima. Este líquido se halla á veces infiltrado en el tejido celular que une los diversos elementos del órgano, resultando entonces equimosis mas ó menos estensos.

»Otro efecto de la hiperemia flegmásica es el aumento de la consistencia propia del tejido del riñon; el cual es mas firme, mas quebradizo y no se aplana aunque se separe del lugar que ocupa. Sin embargo, muchas veces sustituye á esta ligera induracion una consistencia menor del tejido renal, de lo cual tenemos á la vista un ejemplo reciente.

»Es muy difícil distinguir la hiperemia flegmásica de las congestiones puramente cadavéricas ó en que no tiene parte alguna la inflamacion, como las que se encuentran en las enfermedades del corazon, en la fiebre tifoidea y en las viruelas. Muchas veces hemos tratado de hacer esta distincion; pero no hemos podido conseguirlo. El aumento de volumen y densidad, la turgencia sanguínea y la fácil salida de la sangre por la superficie dividida del riñon, no pueden darnos á conocer la verdadera naturaleza de la hiperemia. En el riñon, como en otros muchos órganos parenquimatosos, la congestion corresponde á estados patológicos tan opuestos, que muy rara vez es suficiente por sí sola para caracterizar la naturaleza del mal.

»Rayer ha observado una mezcla de induracion roja y de chapas anémicas igualmente duras y consistentes: las porciones endurecidas y rubicundas forman comunmente un relieve muy sensible en la superficie del riñon (ob. cit., página 315).

»B. *El reblandecimiento inflamatorio* de este órgano es todavia poco conocido. Rayer lo pasa en silencio al tratar de la nefritis simple, y Cruveilhier refiere un solo caso, que Chomel considera como un medio entre la congestion inflamatoria y la supuracion. El riñon estaba pálido, la sustancia cortical difluente y casi convertida en una especie de papilla, encontrándose pus en la pelvis y en el ureter (Chomel, art. cit., p. 489; y Cruveilhier, *Anat. path.*, primera entrega). Difícil nos parece ver en este hecho un ejemplo bien marcado de reblandecimiento inflamatorio. Hemos observado bastantes casos de nefritis, para poder afirmar que el reblandecimiento es un efecto muy comun de la flegmasia renal; pero rara vez llega á tan alto grado.

»C. *Supuracion.*—Los autores que hablan de la nefritis, reunen en sus descripciones los desórdenes que dependen de esta flegmasia y los de la pielitis. Hablan de la destruccion del riñon convertido en una bolsa multilocular llena de pus y de numerosos abscesos, de cambios acaecidos en el volumen y forma del órgano, etc. Por nuestra parte nos ocuparemos en otro lugar de las colecciones purulentas que se forman en la pelvis y en los cálices (véase Pielitis); y solo trataremos aqui de la supuracion del mismo tejido renal, especialmente de la que es producida por una flegmasia aguda.

»El asiento mas comun del pus es la sustancia cortical, aunque tambien puede encontrarse en la mamilar. Rayer refiere un caso en que esta última se hallaba ingurgitada de pus; mientras que solo habia una cantidad muy pequeña en la cortical. Este líquido se presenta bajo dos formas muy distintas; ó reunido en focos ó infiltrado en el tejido del órgano.

»Cuando forma colecciones bien marcadas, son variables las dimensiones de estas; obsérvanse diseminados en la sustancia cortical una multitud de granitos, del volumen de una cabeza de alfiler, rodeados de una aureola parduzca, constituida por el tejido inyectado: estos pequeños abscesos se hallan algunas veces en medio de una estensa chapa de tejido rojo y reblandecido; de lo cual refieren algunos casos Rayer y Vigla (Rayer, ob. cit.; p. 316; Vigla; *Bulletin de la Société anatomique*, página 233, año XV). Se han descrito con frecuencia como procedentes de una nefritis, colecciones purulentas igualmente rodeadas de un círculo rojo lívido, pero que eran debidas á una

reabsorcion purulenta. Los síntomas locales y generales de esta enfermedad y el conocimiento esacto de sus causas darán mejor á conocer la naturaleza de tales abscesos, que su volumen y forma. El desarrollo de los abscesos viene á veces precedido de la formacion de puntos rojos en cuyo centro se deposita despues el pus. Las pequeñas prominencias blanquecinas de que acabamos de hablar, podrian confundirse con las granulaciones de Bright; pero su situacion es mas superficial, su volumen mayor, y guardan en su forma mas regularidad que las de la nefritis albuminosa.

»En otros casos ocupa el pus el centro de un polígono formadó por los vasos de Verheyen, y el tejido renal se halla en este punto friable, rojo é inflamado. Reuniéndose el pus en mayor cantidad, forma unas veces pequeñas colecciones que compara Rayer con las pústulas del impetigo, y que son poco numerosas ó estan reunidas en grupos, y otras, abscesos que pueden adquirir el volumen de una avellana ó de un huevo. El citado Rayer, cuya autoridad sobre semejante materia no podemos menos de invocar muchas veces, dice que «tales focos son una terminacion rara de la flegmasia, y que la mayor parte de las veces que se han descrito como abscesos de los riñones, no eran realmente sino colecciones purulentas de la pelvis ó de los cálices» (obr. cit., t. I, página 326). Uno de nosotros acaba de ver en un enfermo que ha muerto en sus salas, todas las lesiones anatómicas que dependen de una flegmasia renal, ademas de una pielitis que fue el punto de partida de todos los accidentes: debajo de la cubierta fibrosa existian muchos abscesos pequeños; pero ninguno de ellos ocupaba la sustancia misma del riñon. Este enfermo habia padecido una perinefritis.

»Puede tambien el pus reunirse en capas debajo de la cápsula renal, de lo que refiere un ejemplo Cruveilhier (*Anat. path.*, primera entrega). Se ha dicho que este líquido puede escavar anfractuosidades en el tejido propio del riñon; pero acabamos de ver, segun el testimonio de Rayer, que estos casos son raros. Despues de examinar muchas observaciones, nos hemos convencido de que la destruccion del órgano y el establecimiento de una comunicacion entre él y las vísceras, ó las cavidades mas ó menos contiguas, acontece muy rara vez en la nefritis simple, á no ser que los cálices y la pelvis esten inflamados, dilatados y lleguen á supurar. Conviene mucho insistir sobre este punto de la historia de la nefritis; pues escluyendo de ella semejantes alteraciones y refiriéndolas á su verdadero asiento, como lo hace Rayer, no deben describirse al hablar de la flegmasia simple del tejido de los riñones. Pasamos, pues, en silencio el estudio de las perforaciones y de las fístulas renales que suceden á los abscesos de que trataremos en otro lugar.

»La *infiltracion del pus* en las sustancias del riñon produce un color amarillo, acompañado de reblandecimiento. En ciertos casos puede hacerse salir la materia purulenta contenida en las aureolas del tejido por medio de la presion. Algunas veces dependen tambien de la misma causa el reblandecimiento y la coloracion amarilla, sin que pueda descubrirse la infiltracion purulenta por la presion ni á simple vista. Hemos visto en el riñon de un individuo que habia muerto de una hepatitis crónica una infiltracion de pus en forma de rastros purulentos, dispuestos por estrias longitudinales á lo largo de las granulaciones de Malpigio.

»D. *Reblandecimiento gangrenoso.* — Esta alteracion es sumamente rara: «Se la reconoce por el tinte parduzco de las fibras, por su disposicion filamentosa, por el aspecto tomentoso que afectan cuando se las sumerge en agua, y á veces por el olor específico de la gangrena, que exhalan» (Rayer, t. I, p. 317). Las líneas que acabamos de copiar estan en oposicion con las ideas de los autores antiguos, que hablan bastante á menudo de la gangrena del riñon (Eustaquio, Fabricio de Hilden, Lieutaud, etc.); pero solian dar este nombre á reblandecimientos morbosos ó cadavéricos. Sea como quiera, Pigne ha visto puntos gangrenados en un riñon que contenia pus y cálculos (*Bullétin de la Société anatomique*, en 8.º; agosto, 1838). Letenneur ha encontrado tambien pus y puntos negros como gangrenosos (el mismo periódico, p. 100; 1838). Lenepveu, que ha estudiado en una tésis las fístulas renopulmonares, refiere muchos ejemplos de esta especie. Tambien puede la ulceracion destruir los mamelones reblandecidos, como sucedió en un caso citado por Rayer (ob. cit., lám. III, figura 2).

»Síntomas.—Los autores convienen en que la enfermedad empieza por un escalofrio mas ó menos intenso, seguido muy luego de calor y sequedad en la piel, de sed, y en una palabra, de un aparato febril muy marcado. Galeno menciona las náuseas como un síntoma muy comun de la nefritis incipiente. Rayer solo las ha observado cuando la inflamacion renal sucede á la ingestion de sustancias ácres y venenosas (obr. cit., t. I, p. 300). El síntoma que se manifiesta en seguida y sirve para caracterizar la afeccion, es el dolor renal.

»*Dolor renal.—Sitio.*—Puede ocupar uno ú otro riñon ó ambos á la vez: los antiguos creian que se presentaba con mas frecuencia en el izquierdo que en el derecho, porque suponian que el primero se afectaba mas á menudo que el segundo; pero las observaciones ulteriores no han confirmado semejante opinion. «El dolor renal, dice Riverio, se irradia hácia las partes inmediatas, principalmente á las costillas falsas, á la region dorsal y á la vejiga (*Praxeos*, lib. XIV, cap. V). Verhagen nos da de él una idea muy esacta. «Este dolor, dice, no solo se percibe en la region renal, sino tambien en todas las partes que tienen algunas conexiones con el riñon, como el estómago,

los intestinos, la vagina y la vejiga; pero cuando se aumenta, se fija sobre todo en los riñones» (*Dissert. de nephritide*, p. 2). Suele igualmente irradiarse á uno de los testículos, y en la mujer á las fosas iliacas y á los ligamentos redondos. Naumann dice, que se siente en el homóplato y en la vejiga, con especialidad en los casos de mal de piedra (*Handbuch der medicinischen klinik*, t. VIII, p. 4).

»Se asegura que en la nefritis derecha se propaga el dolor al hígado, y que en la izquierda propende á descender (Naumann, ob. cit., p. 5). Algunos añaden que en la flegmasia del riñon izquierdo se percibe este síntoma desde la undécima costilla hasta el hueso ileon; mientras que en la del derecho, parte de la duodécima estendiéndose á la cresta ilíaca; pero semejantes límites no son esactos.

»Empero si se han asignado al dolor sitios tan variables é irradiaciones simpáticas tan numerosas, es porque no siempre se ha sabido distinguir la nefritis simple de la que va complicada con arenillas, pielitis, cálculos vesicales, y con otras alteraciones de la prostata, de la vejiga y de la uretra. La introduccion de arenillas ó cálculos en los cálices, en el ureter ó en la vejiga, esplica las muchas variaciones que se observan en los síntomas, mejor que la flegmasia renal. Sin embargo, Rayer sostiene tambien, que el dolor rara vez es circunscrito y que tiene mucha propension á irradiarse (obr. cit., p. 301). En algunos casos de nefritis perfectamente simple que hemos observado, el dolor era bastante obtuso y profundo, limitándose á la region dorso-lumbar, á los vacios ó á los hipocóndrios. Los mismos hechos que cita Rayer vienen en apoyo de nuestra opinion; pues en ellos vemos, que siempre que el dolor se propagaba á sitios distantes, habia complicaciones del aparato urinario ó de las partes inmediatas. Por lo demas, este punto exige nuevas observaciones, y llamamos sobre él la atencion de los prácticos.

»El caracter del dolor renal es muy variable; rara vez es muy agudo; nunca continuo, ofreciendo momentos de intermitencia completa, ó al menos de remision. La sensacion pulsativa que perciben algunos enfermos solo existe en los casos de perinefritis (Rayer, página 301). Tenemos á la vista muchas observaciones de enfermedades bastante distintas de los riñones, entre las que se hallan numerosas nefritis, y no hemos hallado una sola en que se aumentase el dolor por la presion hecha en la region renal. Rayer da cierta importancia á este género de esploracion, para descubrir el riñon enfermo. En algunos individuos se aumenta el dolor, cuando se les comprime simultáneamente las partes anteriores y posteriores de los lomos, ó bien cuando se sientan, se ponen de pie, hacen algun movimiento y se acuestan obre el dorso ó sobre el lado afecto.

»Naumann dice, que la temperatura de la region renal se halla aumentada; pero esta asercion necesita comprobarse. El aumento de volumen de los riñones en la nefritis aguda rara vez llega á tan alto grado, que pueda apreciarse con la mano; sin embargo, Rayer cita un caso de este género (obr. cit., p. 302). Piorry ha logrado comprobar muchas veces por medio de la percusion, un aumento muy marcado del volumen de los riñones, y no debe descuidarse este género de esploracion, aunque ofrece grandes dificultades.

»La secrecion urinaria está siempre disminuida y muchas veces se suprime del todo, aun cuando no esté inflamado mas que un solo riñon: la supresion es mas comun en la nefritis doble, y constituye un signo de gran valor: en otros casos se escreta la orina con cortos intervalos, pero el enfermo solo espele algunas gotas.

»La orina tiene un color poco subido en los casos de *nefritis simple*, á menos que haya nefrorragia; es poco ácida, neutra ó alcalina, y muchas veces sale mezclada con cierta cantidad de sangre; en cuyo caso ofrece un color rojo, á veces parduzco, ó bien un rojo sucio, que visto una vez se distingue fácilmente. Cuando es mucha la cantidad de sangre que contiene la orina, se forma en la parte inferior del vaso un depósito rojizo. Tenemos en este momento en la sala que está á nuestro cargo un joven que padece nefritis aguda, y cuya orina sale de vez en cuando mezclada con sangre.

»En el período mas agudo de la inflamacion, la orina es clara y trasparente: «Si summa in»flammatio hæc vascula occupat, ita sæpe »stringantur ut nihil reddatur lotii, aliquando »ut valde parum pellucidum, tenue, aquosum »quod pessimum» (aphor. 523) Byster y Vogel hacen tambien la misma observacion (Naumann, *loc. cit.*).

»La presencia de albúmina en la orina es asimismo un síntoma importante de la nefritis simple; pero solo se la encuentra accidentalmente y por un tiempo bastante corto, mientras que en la enfermedad de Bright no desaparece en ninguna época.

»Otro caracter de la orina es el contener menos uratos y ácido úrico que en el estado normal. Este líquido presenta frecuentemente depósitos, formados por el moco y pus que suministra la membrana mucosa de los cálices, de la vejiga y de la uretra, cuya flegmasia suele coincidir con la nefritis. Pero estos sedimentos, como dice muy bien Rayer, proceden esclusivamente de las complicaciones de la nefritis.

»En resumen, añade este médico, entre todos los caractéres que presenta la orina en la nefritis simple aguda, no hay ninguno que pueda por sí solo darnos á conocer el mal. La disminucion ó suspension de la secrecion urinaria, la presencia de sangre y de albúmina, el estado neutro ó alcalino de la orina y los depósitos mucoso-purulentos, se observan tambien en otras muchas afecciones distintas de la nefritis;

pero si á esto se agrega el dolor lumbar, los escalofrios y el estado febril, ya no cabe duda alguna sobre la naturaleza de la enfermedad.

»Para dar una idea mas completa de la nefritis, reune Rayer en los cuatro grupos siguientes los síntomas que puede presentar: 1.° En la *nefritis aguda benigna*, es ligero el dolor renal, apenas disminuye la secrecion de la orina y la fiebre es poco marcada. 2.° En la *simple inflamatoria* existen los mismos síntomas, pero son mas graduados. 3.° En la *nefritis acompañada de iscuria y síntomas cerebrales* hay disminucion ó supresion de la orina, dolores nefríticos obtusos, vómitos rebeldes, algunos movimientos convulsivos, coma y agitacion. 4.° En la *nefritis maligna ó con síntomas tifoideos*, esperimentan los enfermos todos los accidentes de la nefritis simple, y ademas se observa estupor, capas negruzcas en los dientes y lengua, sequedad de esta y exacerbaciones febriles precedidas de escalofrios, que pueden simular, aunque imperfectamente, los accesos de una fiebre perniciosa (Rayer, obr. cit., p. 306). Estas formas merecen á nuestro parecer toda la atencion de los médicos; pues en no pocos casos pudieran inducir á error tales accidentes, cuyo verdadero origen no siempre es fácil averiguar. Por nuestra parte creemos, que en los casos en que se han observado síntomas tifoideos, habria algun punto supurado en la sustancia renal ó en los cálices y la pelvis, siendo la reabsorcion purulenta la verdadera causa de los fenómenos generales.

»El movimiento febril es bastante intenso en la nefritis; el pulso está duro y desarrollado; la boca pastosa y seca; hay náuseas, á veces vómitos, meteorismo y estreñimiento.

»Curso y duracion.—Chomel dice, que la negritis aguda presenta generalmente exacerbaciones en todos sus síntomas, y que el dolor adquiere por intervalos una violencia considerable, etc. (mem. cit., p. 9); pero tales síntomas son los del cólico nefrítico, producido por la presencia de cálculos renales, y de ningun modo los de la nefritis; por lo cual no hemos podido utilizar la descripcion que hacen este y otros autores que con el nombre de *nefritis* trazan la historia del mal de piedra. El curso de la nefritis simple es indudablemente continuo; ofrece remisiones y exacerbaciones, pero no intermitencia. Rayer no ha podido encontrar un solo ejemplo bien justificado de nefritis intermitente.

»Terminacion.—La resolucion se anuncia por la cesacion bastante rápida de los síntomas locales y generales; desaparece el dolor renal y no tardan las orinas en recobrar sus cualidades fisiológicas. Pero no siempre es completa la resolucion; observándose á menudo induraciones en los riñones de individuos, que habian presentado todos los signos de una nefritis, cuya curacion parecia completa.

»La terminacion por supuracion no hace purulentas las orinas, como se ha creido mucho tiempo, á menos que se abra un absceso en los cálices, ó que supure el vértice de los conos, lo cual es raro. Cuando la orina contiene pus, proviene comunmente de otra parte de las vias urinarias, sobre todo de los cálices ó de la pelvis del riñon. La aparicion súbita del pus en la orina no basta para sospechar la terminacion de que hablamos; la cual se conocerá en que el enfermo, despues de esperimentar dolores vivos en los riñones, es invadido de un escalofrio intenso, de desazon y ansiedad; en que el pulso se hace pequeño y frecuente, y se manifiestan síntomas cerebrales y ataxo-adinámicos.

»Los mismos síntomas se observan tambien cuando se gangrena el tejido renal, solo que entonces es mayor su intension: hay debilidad de pulso, enfriamiento de las estremidades, subdelirio, desvarios, saltos de tendones, sudores frios, cesacion del dolor, vómitos, hipo y manchas petequiales en la superficie del cuerpo: tales son los signos de la nefritis gangrenosa. Los síntomas que tienen mas valor son las orinas cenagosas y negruzcas ó bien su completa cesacion; pero por desgracia faltan en muchos casos. Rayer solo los ha visto dos veces que se habian gangrenado un número considerable de pezoncillos y la pelvis del riñon, cuyo detritus se mezclaba con la orina.

»Tambien podriamos colocar entre las terminaciones de la nefritis las diversas lesiones que sobrevienen, cuando el pus se abre paso al esterior ó se derrama en alguna víscera inmediata por una comunicacion fistulosa; pero hablaremos de ellas al tratar de la pielitis. La nefritis crónica sucede muchas veces á la aguda; en cuyo caso persisten todos los síntomas del mal y se prolongan sin disminuir sensiblemente; ó bien disminuyen por intervalos, reproduciéndose luego la hematuria y el dolor nefrítico.

»Especies y variedades.—La *nefritis calculosa*, admitida por todos los autores antiguos, ha servido hasta hace poco de base para describir todas las inflamaciones de los riñones; pero es un abuso comprender con el nombre de nefritis la litiasis renal, ó en otros términos, la produccion de arenillas y cálculos en las vias urinarias; pues de este modo se comete un error de la misma especie, que si se llamase hepatitis calculosa á los cálculos biliarios, porque su presencia puede inflamar el hígado. En comprobacion de este aserto, examínense los caractéres anatómicos y los síntomas de la nefritis calculosa, tomando á la ventura cualquiera de las observaciones que refieren los autores. Chomel cuenta la historia de una jóven, que murió despues de haber presentado todos los signos de un cólico nefrítico, como dolores renales violentos, supresion de orina, hipo y vómitos. Hecha la abertura del cadaver, se encontró en el vacio derecho un tumor del volumen de dos puños, formado por el riñon; los cálices eran mayores, estaban dilatados, y uno de ellos contenia un cálculo negro con muchas ramas, y los demas

otras concreciones mas pequeñas. «La membrana mucosa que tapiza estas cavidades, como tambien la de la pelvis, se hallaban sanas, igualmente que la *sustancia misma del órgano*» (mem. cit., p. 480). Ciertamente que es preciso tener singularmente preocupado el ánimo, para llamar nefritis á una distension de las cavidades renales sin lesion alguna del órgano. Al describir muchos autores antiguos y modernos la nefritis calculosa, no hacen mas en realidad que la historia de las numerosas alteraciones que produce la presencia de arenillas en el riñon (pielitis, dilatacion simple de los cálices, induracion y reblandecimiento no inflamatorio). En la *patologia del riñon (Dictionnaire de médecine*, 2.ª edic.) refiere Dalmas otro hecho de nefritis calculosa, tomado del antiguo periódico de Vandermonde, tan decisivo como el precedente: el riñon derecho estaba convertido en un vasto quiste, y el izquierdo no presentaba alteracion alguna, segun el autor. ¿Dónde pues se hallaba la nefritis? ¿Y se pretende con hechos semejantes establecer una nefritis calculosa? Si se quiere decir que la presencia de arenillas puede inflamar la sustancia del riñon, como tan á menudo inflama la pelvis y los cálices, nada mas cierto, y nadie trata de negarlo; pero entonces la flegmasia nada tiene de especial, á no ser la causa que la determina. La descripcion de los síntomas es un obstáculo mas al establecimiento de una nefritis calculosa; pues no difieren de los del cólico nefrítico y del mal de piedra. Muchas veces se observan alrededor de las cavidades naturales del riñon dilatado por cálculos, induraciones, reblandecimientos y atrofias; pero estas alteraciones pertenecen mas bien á la nefritis crónica que á la aguda, y repetimos que nada tienen de especial.

»La *nefritis gotosa* merece todavia menos que la precedente el nombre de inflamacion. Hé aqui, segun Rayer, las alteraciones que presenta el riñon. «En la superficie de la sustancia cortical ó en su espesor hay una multitud de arenillas, formadas por el ácido úrico, las que tambien se encuentran en el interior de los pezoncillos. Por lo demas el color amarillento, la anemia y la induracion, inclinan mas bien á referir esta nefritis á la forma crónica.» Siguiendo este sistema, deberia tambien admitirse una *nefritis verminosa* provocada por los acefalocistos renales, y otra por sustancias venenosas; pudiéndose de este modo multiplicar su número en proporcion del de las causas que la producen.

»La única nefritis que forma una especie distinta, y que conviene separar de la que dejamos descrita, es la que resulta de la reunion de una flegmasia aguda de la membrana interna renal con la del órgano mismo. Mas adelante describiremos la pielitis, cuya coexistencia con la nefritis constituye la *pielo-nefritis*, que no es mas que una verdadera complicacion.

»Perinefritis aguda.—Esta flegmasia parcial solo merece un lugar secundario entre las especies de nefritis, y consiste en una inflamacion de las membranas adiposa, celulosa y fibrosa, de los riñones: puede ser aguda ó crónica lo mismo que la de estos órganos. Rayer asigna por caractéres anatómicos de la primera la inyeccion é hiperemia de los vasos que serpean entre la túnica fibrosa y el parenquima renal, la infiltracion de serosidad ó pus en las mismas partes, los depósitos de linfa plástica ó equimosis encima ó debajo de la túnica fibrosa, y á veces en fin la rotura de esta por la materia purulenta que se abre paso á las partes inmediatas. Pueden ser muy considerables las colecciones de pus que se forman en el tejido celular extracapsular. Rayer coloca entre las alteraciones que produce la perinefritis la infiltracion de sangre, de serosidad ó pus, en el tejido celular que rodea los riñones, el músculo cuadrado de los lomos y aun el tejido celular subcutáneo de la region lumbar (ob. cit., t. III, 1841); pero en este caso lo que existe es un flemon del tejido celular que envuelve los riñones.

»La perinefritis puede ser primitiva ó consecutiva á una flegmasia, ó á una perforacion de los cálices ó de la pelvis renal. En el primer caso es dificil reconocerla. Se anuncia por un dolor profundo de la region lumbar acompañado de fiebre; y cuando se ha formado pus puede apreciarse por el tacto la existencia de un tumor ó al menos de una pastosidad dolorosa. La percusion puede hacer evidente el tumor que se desarrolla en la region lumbar. No siempre permanece la flegmasia limitada á la cubierta del riñon; sino que se propaga á este ó á las vísceras inmediatas, al hígado, al pulmon y al bazo, estableciéndose fístulas que conducen el pus al pulmon, al cólon ó al esterior. Este líquido es de un olor escesivamente fétido y como estercoral. La orina adquiere un color mas subido, como en el estado febril; pero no contiene pus, albúmina ni otra materia estraña. Dícese que cuando un absceso desarrollado por fuera del riñon se abre paso hácia la piel, tiene el pus un olor urinoso muy marcado; pero Rayer no lo ha encontrado jamás, aunque lo ha buscado muchas veces. Otros observadores comparan la fetidez que exhala con la del pus de los abscesos estercoráceos.

»El diagnóstico de la perinefritis es bastante dificil, tanto en su principio, como despues que se han formado los abscesos. En el primer caso simula á la nefritis incipiente; pero la orina no contiene sangre, pus ni albúmina, á menos que la perinefritis sea consecutiva á una pielitis ó al mal de piedra. En cuanto á los abscesos estrarenales pueden confundirse con los estercoráceos, con los demas abscesos por congestion, ó con los de la fosa iliáca.

»Diagnóstico.—Es comunmente facil cuando son simples los síntomas de la nefritis; mas puede haber alguna dificultad, cuando los acompañan fenómenos cerebrales ó tifoideos; en cuyo caso es preciso examinar cuidadosamente los accidentes locales, el dolor renal y los caracté-

res semeiológicos de la orina. Este líquido contiene alguna cantidad de sangre y de albúmina; se suprime o se hace muy raro, y no se escreta sino con tenesmos vesicales mas ó menos repetidos. Tambien debe indagarse cuidadosamente el estado anterior de las vias urinarias, y averiguar si el enfermo padece mal de piedra, enfermedad de la vejiga ó de la prostata.

»El hipo, los vómitos, los escalofrios irregulares é intensos y el subdelirio, podrian hacernos sospechar una enfermedad del peritoneo ó una estrangulacion; pero los caractéres de la orina ilustrarán el diagnóstico; pues en estas afecciones, ni se suprime, ni es sanguinolenta ni albuminosa.

»Cuando se forma pus en algun punto del riñon, los escalofrios y el paroxismo febril pueden presentarse con cierta regularidad, simulando una fiebre intermitente perniciosa. Rayer no ha observado un solo caso de este género; pero reconoce que puede verificarse una remision parecida á la de un paroxismo incompleto de fiebre intermitente. En los casos en que se hallan obstruidas por arenillas las vias urinarias, se manifiestan paroxismos de esta especie; pero son irregulares, y basta comprobar en la orina el ácido úrico, ó saber que el enfermo ha espelido cálculos repetidas veces, para establecer el diagnóstico. En el cólico nefrítico puede la orina contener sangre, pus y moco, lo mismo que en la nefritis; pero los dolores son muy violentos, se manifiestan por accesos, no van acompañados de fiebre, y el enfermo recobra su salud casi al momento que cesan: por otra parte, el dolor lumbar de la nefritis no es tan agudo como el del cólico nefrítico.

»Hay otras afecciones, ademas de las del riñon, que pueden simular la que nos ocupa: la inflamacion del hígado produce un dolor, que por estar situado bastante cerca del riñon derecho, pudiera atribuirse á este órgano; pero el color amarillo de la piel y la percusion no dejarian ninguna duda sobre el verdadero asiento del mal. En cuanto al cólico hepático solo puede imitar al mal de piedra, cuyo diagnóstico diferencial no es de este lugar. El lumbago es muchas veces bastante intenso para simular el dolor renal; pero le exasperan los movimientos, lo cual no sucede en la nefritis, y ademas la orina conserva sus cualidades fisiológicas. Lo mismo sucede en los casos de psoitis.

»El PRONÓSTICO de la nefritis varia: 1.° *segun la causa*: la presencia de cálculos en los cálices puede renovar á cada paso la flegmasia de estos conductos y del riñon, y entonces es difícil curarla; 2.° *segun los síntomas:* los accidentes cerebrales y tifoideos, las exacerbaciones febriles, los signos de reabsorcion purulenta y los vómitos, deben hacernos temer una terminacion prontamente funesta; 3.° *segun la terminacion:* cuando supura el riñon, la consecuencia casi constante es la muerte, y 4.° *segun las complicaciones:* la nefritis calculosa está muy sujeta á recidivas, porque los cuerpos estraños son una causa permanente de irritacion.

»COMPLICACIONES.—Las mas comunes son las enfermedades de la uretra, de la prostata y la vejiga, y los cálculos vesicales; pero estas afecciones son mas bien causas de la nefritis que complicaciones. Tambien son muy frecuentes la perinefritis y la pielitis, y tanto, que muchos autores no vacilan en incluirlas en la historia de la nefritis. En seguida vienen las afecciones de las vias urinarias, y por último otras cuya influencia no está á nuestro parecer suficientemente demostrada, como las de la médula y el cerebro, el embarazo, etc., etc.

»Las CAUSAS y el TRATAMIENTO de la nefritis las espondremos despues de la historia de la nefritis crónica.

Nefritis crónica.

»ANATOMIA PATOLÓGICA.—Si se encuentran dificultades para establecer los caractéres propios de las lesiones que determina la nefritis aguda, todavia son mayores cuando se trata de determinar los de la crónica; pues á cada paso nos esponemos á referir á esta enfermedad alteraciones, cuyo origen flegmásico es mas que dudoso. Lo mismo sucede en todas las flegmasias crónicas de los demas órganos parenquimatosos, especialmente en las del hígado y el bazo.

»A. *Coloraciones morbosas.*—Es raro que haya rubicundez, aunque á veces se inyecta la sustancia cortical en forma de chapas ó de cintas; en cuyo caso es casi siempre reciente la hiperemia, y está implantada en otras lesiones mas crónicas, como la induracion, la atrofia, y las abolladuras del tejido renal. Este se halla por lo comun pálido, y hé aqui las formas que afectan especialmente las descoloraciones morbosas: toda la sustancia cortical se presenta pálida ó de un blanco amarillento, y examinándola con cuidado, se nota que este color no depende de un nuevo depósito formado en el tejido del órgano, sino de que estan obstruidos sus vasos; al mismo tiempo se hace mas denso y compacto el tejido, caracter que distingue esta anemia inflamatoria de la simple palidez, en la que no esperimenta el tejido ninguna otra alteracion.

»La *anemia renal crónica* ocupa habitualmente la sustancia cortical, y muy rara vez la tubulosa al mismo tiempo; sin embargo, Rayer ha visto dos casos en que se propagaba á todo el riñon, y uno en que las dos sustancias no formaban mas que una masa dura, anémica, de un color blanco mate ligeramente azulado, sin vestigio de estrias ó puntos vasculares. Luego hablaremos de otra coloracion blanca, producida por una lesion completamente distinta de la anemia.

»B. *Atrofia.*—El riñon crónicamente inflamado disminuye de volúmen, y su tejido esperimenta una retraccion notable y se endurece

al mismo tiempo. A veces no tiene mas que la mitad de su volumen; pero conserva su configuracion natural. En otros casos, mucho mas frecuentes, es desigual y abollada su superficie. Rayer ha observado una disposicion muy singular en los vasos que se distribuyen en las partes atrofiadas: dice que estan aislados y tienen un desarrollo notable, rodeando á la sustancia tubulosa «como las ramas de un árbol viejo, y siendo fácil seguir todas sus divisiones: cortados al través forman una prominencia análoga á la de los vasos divididos de la matriz de una mujer anciana» (obr. cit., página 320).

»Tambien deben referirse á la atrofia parcial las depresiones y hundimientos que se notan en la superficie del riñon, y los surcos formados por tejido célulo-fibroso, á cuyo alrededor se halla notablemente retraida la sustancia renal. En otros casos tienen estas depresiones un color gris apizarrado, y casi todas se adhieren íntimamente á la túnica fibrosa, pudiéndose confundir con las cicatrices que resultan de la curacion de un absceso renal simple ó producido por un cálculo. Hemos visto en un individuo que habia sucumbido con todos los signos de una nefritis crónica simple, una atrofia muy notable de la sustancia cortical, la que no formaba mas que una capa escesivamente delgada, dura y blanquecina, alrededor de los pezoncillos, que comparativamente parecian hipertrofiados. Esta lesion tiene alguna analogía con la referida por Rayer. «Las depresiones son á veces tan profundas, dice esté médico, que la base de las pirámides se halla contigua á las membranas renales.»

»C. *Hipertrofia.*—Rara vez existe en la nefritis crónica, y cuando la sustancia renal forma prominencias y abolladuras, dependen las mas veces de la atrofia del tejido circunyacente y del depósito de una linfa concreta en este tejido ó bien debajo de la cápsula esterior.

»D. *Induracion.*—Acabamos de ver que la atrofia, la anemia y las demas lesiones de los riñones, estan casi siempre unidas á la induracion. Esta es en efecto el resultado mas constante de la nefritis crónica, y siempre que existe, aunque no haya otra alteracion en el tejido del órgano, se la debe atribuir á una accion inflamatoria crónica. Hemos visto una induracion parcial, que solo ocupaba cinco pezoncillos: el tejido de estos era muy duro, tanto que casi crugia á la accion del escalpelo, blanco, descolorido, y en su base formaban arcos los vasos dilatados. Otras veces estan los pezoncillos amarillentos, y su vértice se pone muy agudo.

»E. *Infiltracion purulenta.*—Es raro observar la supuracion en la nefritis crónica; sin embargo, se ha visto en algunos casos materia purulenta infiltrada en los pezoncillos (Rayer, lámina III, fig. 6, 2), y tal vez deberian tambien referirse á esta causa algunas de las coloraciones blanquecinas que presenta la sustancia cortical.

»F. *Ulceraciones.*—Rayer ha observado ulcerillas en el vértice de los pezoncillos, que ademas presentaban depresiones llenas de pus, del que tambien habia cierta cantidad en los cálices.

»La cápsula del riñon contrae adherencias íntimas con los tejidos enfermos; se engruesa; se pone blanquecina, y ofrece chapas de tejido fibro-cartilaginoso ó huesoso, que no siempre se pueden atribuir á un trabajo flegmásico. Tampoco deben referirse á este en todos los casos los quistes, las vesículas y los cuerpos cartilaginosos, que se encuentran en la sustancia cortical. En cuanto á las alteraciones que suelen presentar los cálices, la pelvis y los uréteres, dependen de otra enfermedad que describiremos mas adelante (V. PIELITIS).

»SÍNTOMAS.—La nefritis crónica, ora suceda á la forma aguda, ora sobrevenga de un modo latente por efecto de una causa que obre sin cesar sobre el riñon, como por ejemplo un cálculo, produce un dolor contínuo en la region lumbar. Generalmente es muy obtuso, y el enfermo no esperimenta mas que una sensacion incómoda, que atribuye á la fatiga ó á un reuma. Es mas intenso cuando se apoya mucho el individuo sobre la region renal; se exaspera por los estravios del régimen y el cansancio; cesa del todo por un tiempo que suele ser bastante largo; se reproduce por ataques sordos, y al fin se hace continuo. Jamás tiene la intension que en la nefritis aguda, ni determina irradiaciones simpáticas tan distantes y numerosas como esta.

»Los signos que suministra la orina son los mas preciosos de todos, y reclaman una atencion particular: este líquido no contiene sangre ni albúmina, á no ser en casos raros. Se hace neutro, alcalino, se enturbia, y deposita sedimentos de fosfato de cal. Rayer da mucha importancia á la propiedad alcalina de las orinas, y la considera como uno de los mejores signos de la nefritis crónica; sin embargo, no debe esperarse encontrar esta alteracion en todas las épocas del mal. Por la influencia de un estravio del régimen, de la fatiga, de la humedad, etc., puede suceder que la orina, trasparente y ácida la víspera ó algunos dias antes, se vuelva en muy poco tiempo turbia, alcalina y cargada de fosfato de cal. Los dolores renales se disipan y reproducen del mismo modo, observándose por cierto tiempo una série de ataques irregulares, en cuyos intervalos parece que el enfermo recobra su salud.

»La orina contiene igualmente glóbulos de moco en escesiva cantidad, y aun de pus; en cuyo último caso se halla inflamada la pelvis renal ó la mucosa de las vias urinarias. Se observan tambien, aunque mas rara vez, sedimentos formados de fosfato amoniaco-magnesiano. La nefritis crónica es, segun Rayer, una de las condiciones mas favorables para la produccion de cálculos fosfáticos (ob. cit., página 311). La emision de la orina es mas frecuente

que en el estado normal, y su cantidad menor.

»Durante un periodo bastante largo no se altera sensiblemente la salud del enfermo, siendo los síntomas locales los únicos que se observan; pero sucede al fin, que despues de muchos ataques llegan los pacientes á debilitarse, aunque sin fiebre bien marcada. Se necesita toda la autoridad del nombre de Rayer, para admitir que cuando no hay infarto de la prostata, paralisis, ni inflamacion de la vejiga, los pacientes no tienen fiebre, y solo enflaquecen y se deterioran insensiblemente (ob. cit., p. 311): ademas padecen entorpecimiento y debilidad en las estremidades inferiores.

»Curso, duracion y terminacion.—Generalmente dura mucho la nefritis crónica: cuando sucede á la flegmasia aguda, pierden su intension la fiebre y el dolor, el cual se hace intermitente; pero las orinas continúan siendo alcalinas, sedimentosas, etc. El caracter mas importante de la nefritis es el presentar una série de remisiones mas ó menos largas y completas, hasta que viene á terminar de un modo funesto ó favorable. Cuando los intervalos se hacen mas largos, la orina recobra sus cualidades fisiológicas y desaparece el dolor, puede resolverse la nefritis, de lo que hay algunos ejemplos. En otros casos vuelve á pasar al estado agudo; lo cual se anuncia por la violencia de los dolores, la espulsion de arenillas, la supresion de orina, los vómitos, la fiebre y los síntomas tifoideos ó cerebrales, á los que sucede por lo comun la muerte.

»Especies y variedades.—*Perinefritis crónica.*—Aun está por hacer la historia de esta flegmasia, á causa de la oscuridad de los síntomas y de la mucha dificultad que se encuentra para distinguirla de la nefritis simple: solo diremos que las adherencias íntimas que se forman entre el riñon y su cápsula, y las producciones fibrosas, cartilaginosas y óseas, de que hemos hablado al estudiar la nefritis crónica, proceden tal vez de la perinefritis de igual forma. En cuanto á sus síntomas, son los mismos que los de la flegmasia aguda.

La *nefritis reumática* puede ser aguda ó crónica, y no hemos tratado de ella al hablar de la nefritis aguda, porque á nuestro parecer no tiene una correlacion bien demostrada con el reumatismo, ni aun depende de un trabajo flegmásico evidente. Rayer, que es el que ha establecido esta especie de nefritis, reconoce que es muchas veces imposible distinguirla de la producida por sustancias venenosas (pág. 74). Las lesiones anatómicas consisten: 1.° en depresiones mas ó menos profundas de la superficie del riñon; 2.° en depósitos de una materia plástica sólida y resistente, bastante parecida, menos en su color, al tejido celular condensado; 3.° en la adherencia íntima de la cápsula fibrosa al tejido renal, y 4.° en la opacidad y engrosamiento de esta membrana. En cuanto á los síntomas, «son tan oscuros en el mayor número de casos, que en el estado actual de la ciencia es casi imposible asignar á esta forma morbosa caractéres por cuyo medio pueda reconocerse con seguridad» (Rayer, ob. cit., pagina 75). Resulta pues que el estudio de esta especie de nefritis es muy oscuro: por lo demas las lesiones cadavéricas no militan en favor de la naturaleza flegmásica de la enfermedad.

»Diagnóstico.—Las enfermedades que pueden confundirse con la nefritis crónica son ante todo las demas formas de flegmasia renal admitidas por los autores. En la nefritis artrítica hay depósitos de ácido úrico en la orina y espulsion de arenillas formadas por uratos; y en la nefritis albuminosa se segrega la albúmina de una manera permanente y continua, al paso que es transitoria semejante secrecion en los que padecen de nefritis crónica.

»La pielitis crónica se distingue de esta, en que la orina contiene pus y moco purulento; mientras que los sedimentos y depósitos de la nefritis estan formados por fosfatos. Añadiremos ademas, que en la flegmasia crónica del riñon disminuye este órgano de volumen, cuya atrofia puede reconocerse por la percusion; y que en la pielitis crónica causada por cálculos forma el riñon un tumor, á veces voluminoso, apreciable por la percusion y el tacto.

»Ni el cólico nefrítico causado por cálculos, ni el hepático, ni la nefralgia, pueden confundirse con la nefritis crónica, pues el dolor y la cesacion repentina de los accidentes disipan toda duda bajo este aspecto. Un absceso lumbar sintomático puede ocasionar los mismos accidentes locales que una nefritis; pero el examen de la orina aclarará el diagnóstico, porque jamás se halla alterada en esta enfermedad. La hipertrofia ó cualquiera otra afeccion del bazo no es posible tampoco que simulen una nefritis; pues aun suponiendo que la percusion no descubriera el asiento del mal, la esploracion de la orina nos ilustraria sobre el origen del dolor, porque este líquido nunca se halla alterado en las afecciones del bazo.

»Pronóstico.—La nefritis crónica es una afeccion muy grave, especialmente cuando proviene de cálculos, de una enfermedad de la vejiga, de la prostata ó de la uretra; cuando se desarrollan síntomas que anuncian una exacerbacion del mal; cuando la constitucion es caquéctica y deteriorada, y el enfermo de edad provecta, y cuando no producen ningun alivio los tratamientos.

»Causas de la nefritis aguda y crónica.—Son mas comunes en una edad avanzada, que en las demas épocas de la vida, por la mayor frecuencia de las enfermedades de las vias urinarias, cuyo influjo morboso demostraremos mas adelante. Se cree generalmente que los hombres estan mas espuestos á ellas que las mujeres. La trasmision hereditaria no tiene al parecer influencia alguna en la produccion de la nefritis simple; pero sí en la de la calculosa y la artrítica.

»Las causas mas evidentes son las que ejercen una accion directa sobre el mismo riñon; tales como los golpes, las heridas, las caidas, las conmociones fuertes y los esfuerzos musculares repentinos y violentos del raquis y de las paredes abdominales.

»Debemos tambien colocar entre estas causas ciertas sustancias, que penetrando por absorcion en el torrente circulatorio, parecen ejercer una funesta influencia en el tejido de los riñones; de cuyo número son las cantáridas, la esencia de trementina, los emenagogos y los diuréticos administrados á dosis altas. Estas sustancias pueden ser perjudiciales; pero no bastan para producir la nefritis, sin el concurso de otra condicion morbosa desconocida.

»La accion del frio húmedo sobre el cuerpo estando sudando es en sentir de Rayer una causa muy frecuente de nefritis simple. «Esta influencia del frio y de la humedad es mayor cuando la favorecen otras circunstancias, sobre todo una enfermedad de las vias urinarias» (ob. cit., t. I, pág. 297). Se ignora hasta qué punto puede influir la accion de los estravios del régimen y las privaciones en la produccion de la nefritis. Nosotros hemos observado dos casos, en que la habian provocado evidentemente la miseria y la privacion de alimentos.

»Las causas que con mas frecuencia determinan la nefritis son las enfermedades viscerales. Unas ocupan las vias urinarias, y otras órganos mas ó menos distantes; siendo importante conocer bien el modo como obran en la produccion del mal. Al frente de todas las causas morbosas que tienen su asiento en los riñones deben colocarse los cálculos formados en el seno de los cálices y en la pelvis; pues la presencia de estos cuerpos estraños, que se engruesan y dislocan, determina al fin la inflamacion de la membrana que tapiza estos últimos órganos, la cual no tarda en propagarse al tejido renal. Esta causa de nefritis es tan comun, que hasta ahora poco no se ha descrito mas inflamacion de los riñones que la calculosa, comprendiendo con este nombre muchas enfermedades, como la flegmasia de los cálices y de la pelvis, y especialmente la litiasis, que es el origen de todos los accidentes. Algunas veces se forman arenillas en los conductillos uriníferos del riñon; las que á medida que aumentan, ó por su sola presencia, no tardan en producir una nefritis, comunmente crónica. El mismo resultado puede producir una pielitis aguda ó crónica, simple ó provocada por la presencia de cálculos. En fin, por un mecanismo análogo ocasionan á veces una nefritis los entozoarios y los abscesos contiguos al riñon, desarrollados en los lomos, cerca de la cápsula renal. Estas causas obran generalmente de un modo continuo, sin determinar por lo comun mas que una inflamacion crónica del riñon y de su membrana interna. Sin embargo, la introduccion súbita de un cálculo en la pelvis ó en el ureter, ó su dislocacion, bastan para ocasionar bastante á menudo una pielitis aguda ó una nefritis que termina por supuracion.

»Las demas enfermedades del riñon que tienen gran parte en la produccion de la nefritis, son las del ureter, de la prostata, de la vejiga y de la uretra. La incontinencia habitual de orina puede ocasionar la nefritis, cuando la remplaza de pronto una detencion: se la observa tambien en la uretritis, en las flegmasias de la vejiga, y á consecuencia de las operaciones que se practican en este reservorio, como el cateterismo, las inyecciones, la litroticia y la talla, en cuyo caso la inflamacion se propaga desde este órgano á los riñones.

»La acumulacion de orina en la vejiga ó en los demas conductos que la contienen se considera tambien como una causa de nefritis. Rayer atribuye á esta retencion las nefritis que sobrevienen en el curso de las afecciones del cerebro y de la médula, que como es sabido suelen producir la paralisis de la vejiga. «Retenida la orina en su reservorio, en los cálices y en la pelvis, inflama estos conductos y la sustancia renal» (*loc. cit.*, p. 296). La retencion de este líquido y la presencia de cálculos obran de un mismo modo, y esplican mecánicamente el desarrollo de la nefritis. Las enfermedades del útero y de los ovarios favorecen tambien, segun Rayer, la flegmasia renal, produciendo la retencion de orina en los uréteres, en la pelvis y en los cálices, y por consiguiente la inflamacion de los riñones. La gota obra del mismo modo que los cálculos, y ademas va acompañada de la secrecion de arenillas de ácido úrico, que depositándose en la sustancia de los riñones acaban por inflamarlos.

»Hánse colocado entre las causas de la nefritis algunas enfermedades generales, como las viruelas, la fiebre amarilla, la tifoidea, el muermo, la infeccion purulenta y el carbunco, en que se han encontrado los riñones reblandecidos ó sembrados de pequeños focos purulentos (art. RIÑONES (patologia), *Dict. de méd.*, página 336, 2.ª edic.). Pero es un error atribuir á la nefritis semejantes alteraciones. En cuanto al olor fétido, al color verdoso y al enfisema, que se han encontrado en los riñones de individuos que habian sucumbido á estas enfermedades, se ha desconocido ciertamente su verdadera naturaleza; pues tales lesiones son puramente cadavéricas. El reumatismo puede ir acompañado de nefritis. Cuando la flegmasia ocupa la cápsula fibrosa, resulta una perinefritis mas bien que una nefritis simple; pero sin embargo debiamos mencionar aqui esta causa morbosa.

»Todas las causas que acabamos de enumerar producen una nefritis aguda ó crónica, segun obren con mas ó menos intension, y son comunes á ambas formas de la enfermedad.

»TRATAMIENTO.—A. *Perinefritis aguda.*—No debe olvidarse en el tratamiento de esta, que muchas veces es consecutiva á cálculos, arenillas, á la disposicion general de la economia que engendra comunmente la litiasis (diatesis

gotosa), y en fin á otras enfermedades de las vias urinarias ó de órganos mas distantes, siendo preciso por lo tanto combatir ante todo, ó por lo menos al mismo tiempo, estas enfermedades. Lo que mas dificulta la curacion de la nefritis cuando pasa al estado crónico, es la existencia de una causa que propenda á reproducirla sin cesar. Por lo tanto se empezará estableciendo el tratamiento del mal de piedra, de la gota, del reumatismo, de la pielitis, etc., antes de ocuparse del de la nefritis.

»Debe el enfermo guardar una dieta rigurosa, y hacer uso de bebidas diluentes y mucilaginosas; se le practicará una sangría, si su constitucion no está demasiado deteriorada, y es intenso el aparato febril. En todos los casos no debe vacilarse en aplicar sanguijuelas á la region lumbar, y mejor todavía ventosas escarificadas, cuidando de repetirlas muchas veces con uno ó dos dias de intervalo. Conviene tambien repetir sin temor la sangría, cuando se ha aliviado el enfermo con la primera, y se ha vuelto á desarrollar el pulso, lo que sucede frecuentemente, y sobre todo cuando la violencia del movimiento febril, los escalofríos y los vómitos, nos hacen temer la supuracion del riñon. En este caso deben preferirse las emisiones sanguíneas generales á las locales, pues estas no descargan los vasos del riñon sino muy indirectamente. La flebotomía es el único medio de evitar que pase la nefritis al estado crónico. Rayer aconseja repetirla dos veces en las veinticuatro horas, cuando ha sucedido la flegmasía á la impresion del frio y de la humedad, y reviste una forma inflamatoria muy manifiesta.

»Las emisiones sanguíneas locales y generales son las que constituyen la base del método curativo, y si se prescriben con algun atrevimiento, pueden hacer que se resuelva la nefritis con rapidez. Sin embargo, es útil favorecer la accion de estos medios con otros antiflogísticos, como las cataplasmas á los lomos y á todo el vientre, las lavativas emolientes repetidas muchas veces en las veinticuatro horas, y los baños frios prolongados por dos ó tres horas. No deben usarse estos cuando hay fiebre y gran debilidad.

»Muchas veces se suspenden completamente todos los accidentes á consecuencia del tratamiento que acabamos de indicar, pero muy luego aparecen nuevamente la fiebre y los dolores renales, en cuyo caso es preciso acudir otra vez á la misma terapéutica.

»Se han propuesto para combatir la propiedad alcalina de las orinas, los ácidos vegetales ó minerales, y tambien se ha creido que estos medios podrian impedir la precipitacion del fosfato de cal; pero casi nunca se ha obtenido semejante resultado.

»Cuando la nefritis va acompañada de los accidentes graves cerebrales ó tifoideos que hemos enunciado, debe modificarse el tratamiento y dirigirlo contra la complicacion, combatiendo por los medios usados en cada caso las enfermedades que hayan desarrollado los cálculos y la retencion de orina. En cuanto al tratamiento de las nefritis calculosa, gotosa y reumática se compone de dos partes esenciales: 1.° del de la nefritis, que debe combatirse con los agentes terapéuticos que hemos indicado, y 2.° del de la litiasis, gota y reumatismo, cuya esposicion seria inoportuna en este lugar.

»B. *Nefritis crónica.*—A pesar de todos los esfuerzos del médico, aun cuando se haya reconocido á tiempo la existencia de la nefritis, puede esta pasar al estado crónico. Entonces debe prescribirse un régimen dietético conveniente, procurando escitar la piel con vestidos de franela, con baños tibios repetidos muchas veces, y con fricciones estimulantes en los miembros inferiores. La determinacion del régimen alimenticio que debe guardar el enfermo presenta alguna dificultad; pues unos preconizan las sustancias vegetales, y otros esclusivamente las animales. Rayer da la preferencia á estas últimas, despues de haberlas examinado comparativamente. «Con ellas, dice este médico, no solo se ha logrado modificar ventajosamente en ciertos casos la secrecion urinaria, sino que se ha mejorado la constitucion, aun cuando haya persistido el desorden de aquella» (ob. cit., p. 333).

»Una vez establecida la nefritis crónica, y despues de haber ensayado inútilmente algunas aplicaciones de ventosas escarificadas, es preciso recurrir á los exutorios sobre la region lumbar; prefiriendo los cauterios profundos por medio del moxa, porque suministran una supuracion que dura mas tiempo, y sobre todo mas abundante. Tambien deben prescribirse los chorros de agua simple, sulfurosa ó alcalina, á la region lumbar, y las aguas minerales sulfurosas y salinas, que se recomiendan en forma de baños y en bebida á dosis altas. Pero desgraciadamente no siempre son eficaces semejantes medios, y entonces tenemos que emplear simples paliativos, como tisanas hechas con los cocimientos de hojas de gayuba, de pereira silvestre, de lúpulo, de beleño, de semilla de zanahorias, etc., y las lavativas con opio y alcanfor, para disminuir las ganas de orinar: algunos médicos elogian los calomelanos, las píldoras azules y los estractos astringentes, como el de ratania, el tanino, la trementina cocida, etc.

»Historia y bibliografía. — Ya conocian los griegos las principales alteraciones del riñon, particularmente la nefritis supurada y la distension del órgano por cálculos y materia purulenta; pero es difícil hallar en sus descripciones una mencion clara de la nefritis simple, que es el objeto especial de este artículo. Diremos mas: hasta la época en que Rayer publicó su *Tratado de las enfermedades de los riñones* (1839), se continuaba describiendo con el nombre de *nefritis* afecciones renales muy distintas por su asiento y naturaleza (cálculos, pielitis), y á este autor es á quien se debe

la historia mas completa de la enfermedad.

»Hipócrates habla de la nefritis calculosa y de los abscesos del riñon; Rufus de Efeso hace una descripcion que ha sido reproducida por Aecio, en la que da una idea muy esacta de las causas del mal (*De vesicæ renumque afectibus*, en 4.°; 1726: Rayer, ob. cit., p. 335). A Galeno se debe un cuadro muy completo de todos los signos de la nefritis aguda: indica muy bien los síntomas que suministra el examen de la orina; espone el tratamiento con mucha minuciosidad, y menciona una multitud de remedios que han sido despues preconizados por todos sus partidarios. Areteo hace una distincion importante de la nefritis, dividiéndola en aguda y crónica. «Pablo de Egina describe de una manera breve, pero esacta, la inflamacion aguda de los riñones, y recomienda tratarla con la sangria y demas antiflogísticos.» Espone con mucha claridad los caractéres de los abscesos renales, é indica, como Aecio, la induracion de los riñones (V. Rayer, t. I, p. 337).

»Fernelio habla con frecuencia de úlceras y de abscesos del riñon, porque viendo que la orina se volvia purulenta en el curso de las enfermedades, creyó que se derramaba pus en la pelvis renal (*Universa medicin.*). Lázaro Riverio describe con algun cuidado los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (*Praxeos*, libro XIV, cap. 5).

»En la coleccion de Bonnet (libro III, seccion XXII), y en la de Morgagni (*De sedib. et caus.*, carta XL, XLI, XLII) se encuentran hechos preciosos para la historia de la nefritis calculosa y artrítica.

»F. Hoffman es uno de los autores que demuestran mas sagacidad en el estudio de la nefritis: conocia muy bien sus causas, y la divide en verdadera, calculosa y artrítica: sabia tambien distinguir la inflamacion renal de la de sus membranas (*Opera omnia*, *de febre nephritica*, en fól., t. II; Ginebra, 1761).

»Van Swieten hace una descripcion muy notable de todos los síntomas de la nefritis; se esmera especialmente en trazar los caractéres de la orina, indicando muy bien sus alteraciones, y dice que puede contener sangre, pus y moco (*Com. in aph.*, §. 993). Las obras de Stoll (*Aphor.*, §. 323) y J. Frank solo contienen documentos muy incompletos. Chomel ha publicado una memoria sobre la nefritis, que no tiene otro objeto que los cálculos renales, siendo muy de notar que es cortísimo el número de casos de verdadera nefritis que se encuentran en ella (*Recherches sur la nefrite*, *Arch. gén. de méd.*, t. III, 2.ª série; 1837).

»A Rayer se deben una multitud de nociones preciosas sobre la nefritis. Su obra contiene una descripcion completa del mal, de la que nos hemos servido muchas veces: la parte histórica nada deja que desear, y pueden consultarla los que quieran tener noticia de cuanto se ha publicado sobre esta materia (*Traité des maladies des reins*, tomo I y II, en 8.°; Paris 1839 y 1840).» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*; t. VI, pág. 154—167).

ARTICULO OCTAVO.

De la hidronefrosis.

»Háse designado con este nombre, con el de *hidropesia de los riñones* (Frank), ó con el de *distension hidrorenal*, la dilatacion de los cálices y de la pelvis por la orina ó por un líquido de otra naturaleza, que no puede salir libremente por haber algun obstáculo en el trayecto de los conductos que debe recorrer la orina. Esta enfermedad, que depende de numerosas causas, se estudiará mas adelante, cuando nos ocupemos de las afecciones de los cálices y de la pelvis. No han tenido razon los autores para describirla entre las afecciones de la sustancia propia del riñon, pues esta solo está alterada, endurecida ó atrofiada consecutivamente» (MONNERET Y FLEURY, sit. cit.).

ARTICULO NOVENO.

De los abscesos del riñon.

»La supuracion renal depende de causas muy diferentes, entre las cuales debe colocarse en primer término la inflamacion aguda y crónica de la sustancia propia del riñon, ora haya tenido origen desde el principio en el tejido del órgano, ora haya sucedido á una pielitis; pudiendo tambien ser esta primitiva ó consecutiva á una enfermedad de la prostata, de la vejiga, ó á una afeccion calculosa del riñon, etc. Otras veces es producido el absceso por una de aquellas causas que llevan á la sangre cierta cantidad de pus; el cual se deposita entonces en la sustancia renal, aunque con menos frecuencia que en el pulmon y en el tejido hepático (véase PUOHEMIA).

»ALTERACIONES ANATÓMICAS.—Ya hemos descrito los abscesos que determinan las nefritis aguda y crónica, por lo que recordaremos sus principales caractéres (V. NEFRITIS). Puede el pus reunirse en focos ó infiltrarse en la sustancia del riñon. Las colecciones purulentas varian en su asiento y dimensiones; las que ocupan la sustancia cortical unas veces estan diseminadas por la superficie, bajo la forma de puntitos blancos ó amarillentos del tamaño de una cabeza de alfiler, de una lenteja, de una nuez pequeña y aun mayores; otras forman en la superficie del riñon unas especies de islas, de chapas blanquecinas é irregulares, mas ó menos próximas entre sí, y que estan situadas entre la cápsula renal y el parenquima del órgano. Rayer ha visto pus depositado en los riñones de los recien nacidos, bajo la forma de granos muy pequeños (*Traité des maladies des reins*, t. I, p. 316, en 8.°; Paris 1839). El

pus es blanquecino, verde ó amarillento; la sustancia renal que le rodea es friable, y está inyectada, reblandecida y muchas veces infiltrada por la materia purulenta; el color moreno del tejido renal resalta á veces sobre el opaco y blanquecino de los abscesos, que son asi mas fáciles de conocer. Fórmanse tambien granulaciones en medio de los polígonos, cuyos vasos inyectados se destacan de la sustancia renal, que está mas roja y con frecuencia reblandecida. En ocasiones se ven restos de esta sustancia mezclados con la materia purulenta.

»Pueden los abscesos estar separados del tejido propio del riñon por una falsa membrana ó por un quiste, en cuyo caso debe procurarse no confundirlos con la dilatacion de los cálices (V. Pielitis).

»Cuando el absceso es considerable, el tejido renal, reducido primero á una especie de corteza, puede desaparecer casi enteramente, y en tal caso las paredes del absceso solo constan de la cápsula fibrosa del órgano. Lepois habla de una bolsa purulenta formada de este modo, y que contenia 14 libras de pus (*De Colluvie serosa*, lib. IV, ch. 2). Portal cita un caso semejante; Ballotta ha visto un riñon izquierdo que tenia cuatro pies de circunferencia y contenia 68 libras de un líquido formado por pus, sangre y cálculos; pero este caso estraordinario puede dar lugar á algunas dudas, siendo probable que se tomase por paredes del absceso las de un saco purulento formado por el riñon supurado y por el peritóneo, cuyas adherencias limitasen una cavidad en la que hubiesen penetrado el pus, la sangre y los cálculos, á consecuencia de la ulceracion del tejido renal. Cuando la pelvis y aun los cálices estan inflamados y contienen cálculos, pueden adquirir dimensiones muy considerables (V. Nefritis, Pielitis).

»Ordinariamente se encuentra el pus reunido en focos pequeños en las dos sustancias, ó bien forma colecciones tambien pequeñas en el tejido cortical; al paso que solo está infiltrado en los pezoncillos. La infiltracion purulenta de la sustancia cortical da lugar á una coloracion amarillenta ó blanquecina, diseminada en forma de chapas, de estrias ó de puntos distantes entre sí. Los pezoncillos infiltrados de pus forman líneas blanquecinas paralelas á los tubos y que parecen depender de la presencia del pus entre los conductos urinarios ó dentro de ellos. Se esprime la materia purulenta comprimiendo los conos, que estan inyectados y son mas friables que en el estado natural.

»Los casos en que se encuentra el riñon ahuecado por uno ó muchos abscesos considerables y reducido á una corteza muy delgada, pertenecen casi todos á la nefritis y á la pielitis calculosas. Podriamos citar muchos hechos de esta especie, publicados en varias colecciones periódicas y tenidos por abscesos del riñon por los médicos que los han referido; pero leyéndolos con alguna atencion es fácil convencerse de que no esta bien indicado el verdadero sitio de la coleccion purulenta, y que son á menudo los cálices y la pelvis los puntos afectados. Ordinariamente se dilatan estos conductos á consecuencia de enfermedades de la prostata, de la uretra ó de la vejiga, y supuran en términos de simular un absceso; otras veces se verifica el mismo efecto a consecuencia de haberse engastado uno ó muchos cálculos en los cálices ó en la pelvis.

»Cualquiera que sea la causa de la coleccion purulenta, puede abrirse paso á una víscera mas ó menos importante ó al esterior. Cuando el absceso está situado en la sustancia cortical y muy próximo á la cara esterna del órgano, puede abrirse en la pared abdominal, en los hipocondrios ó en los vacios, hallándose á menudo el órgano renal unido á las partes que le rodean por medio de adherencias formadas de antemano. En ocasiones se presenta y abre el absceso en puntos distantes del sitio que ocupa el riñon. Richter cita un ejemplo de fístula escrotal, producida por un absceso de los riñones (Naumann, *Handbuch des medicinischen klinik*, t. 8.°, t. 21). Le Dran ha visto un caso semejante, y refiere otro en el cual se habia infiltrado el pus á lo largo de los vasos, del muslo por debajo del ligamento de Falopio. En otro enfermo, despues de haberse derramado el pus por la parte esterna del oblicuo mayor, se manifestó en el escroto encima del rafe. Otros ejemplos se han citado de colecciones purulentas abiertas en el mismo sitio; pero el pus sigue con mas frecuencia el trayecto del psoas y va á reunirse en la íngle.

»Los abscesos del riñon izquierdo pueden abrirse en el estómago, y los del derecho en el duodeno. Los autores refieren algunas observaciones de abscesos del riñon que comunicaban con los intestinos gruesos, con el hígado ó con el bazo. De Haen observó un caso de coleccion formada en el riñon izquierdo que se abrió paso al pulmon del mismo lado, y Heer refiere otro semejante (*De renum morbis*, página 72; Hal. 1790). El doctor Sposer ha publicado la observacion de un enfermo, cuyo riñon derecho, convertido en un saco membranoso del tamaño de un puño y lleno de pus amarillo muy homogéneo, comunicaba con el hígado, el pulmon y los bronquios. El enfermo habia espectorado cerca de dos libras de pus de color pardo verdoso (estracto del *Allgemeine medicinische Zeitung* en *Journ. des conn. méd. chir.*, p. 122; 1840). Bonnet ha visto el riñon abierto en el recto y formando una cáscara dura y sonora. Estaba dividido interiormente en cuatro cavidades principales, que se comunicaban de dos en dos é iban á vaciarse por un conducto único a los intestinos gruesos. Algunas de estas cavidades estaban lisas, otras cubiertas por una membrana agrisada, sucia y granulosa; el tejido renal era negruzco, duro, no presentaba ninguna seña

de fibras ni de organizacion, y ofrecia resistencia al cortarlo con el escalpelo (*Journ. hebdomadaire*, t. VII, p. 397).

»Síntomas.—La formacion de los abscesos renales viene precedida ordinariamente de los síntomas de la nefritis aguda ó crónica. Quéjanse los enfermos de un dolor sordo y profundo, que nace en el vacio, sigue el trayecto del uréter hasta la vejiga y se estiende por el muslo correspondiente al lado afecto. Los autores que han atribuido este dolor á la supuracion renal, no han observado sin duda que depende con frecuencia de la presencia de cálculos en los cálices, en la pelvis, en los uréteres, ó de la pielitis coexistente. El dolor se estiende á veces trasversalmente de un riñon á otro (Schoenlein); se aumenta por la presion, por el movimiento y por la accion de inclinarse hácia delante: Galeno hacia que los enfermos se acostasen de ambos lados, para saber si estaban afectados los riñones. Schmidtmann cita muchos ejemplos de nefritis supurada, en los cuales faltaba completamente el dolor (*Hufeland's journal*, t. VII, p. 45).

»Cuando el absceso del riñon se abre en un caliz, suele contener la orina una cantidad de pus á veces considerable. En este caso está turbia, blanquecina, lactescente, y se separa en dos capas en el vaso que la contiene: la superior algo turbia se parece al suero, y la inferior forma un depósito opaco, de color de leche ó ligeramenteamarillento. La orina es ácida cuando existe una nefritis simple y se vuelve alcalina al cabo de poco tiempo. Alterada de este modo forma hebra, es viscosa, se adhiere al vaso que la contiene y exhala un olor amoniacal fuerte. La potasa cáustica convierte el depósito purulento en un líquido blanco, homogéneo, viscoso y que forma hebra. Lo mismo sucede si se la trata con el amoniaco: mezclada con este reactivo se pone viscosa y forma hebra. Con el microscopio se ven, aunque solo contenga una cortísima cantidad de pus, glóbulos redondeados y regulares cuya superficie es blanca y granulosa. Estos caractéres físicos, químicos y microscópicos, bastan para descubrir la existencia del pus, y deben buscarse con cuidado siempre que se sospeche que hay un absceso renal. Háse dicho que podia el pus, sin comunicar con los conductos urinarios, pasar por exosmosis de la cavidad del absceso á la orina. (Naumann, *Handbuch des medicinischen klinik*, t. VIII, p. 12). Es posible que el pus atraviese de este modo las paredes en que está encerrado; pero los conductos urinarios son vias de comunicacion mas espeditas, y que por lo mismo debe seguir el líquido purulento con preferencia á cualquiera otra.

»En el momento en que se forman las colecciones purulentas se declara un escalofrio intenso, seguido muy pronto de fiebre de caracter intermitente ó remitente. Areteo, Galeno y Rhasis, indican este caracter de la fiebre (ap. Naumann, *loc. cit.*); cuando el absceso es pequeño, la fiebre es moderada ó nula. Se ven acometidos los enfermos de vómitos, sed viva y un calor general intenso: en algunos casos son nulos los síntomas generales, ó por el contrario tan intensos, que se necesita alguna atencion para descubrir el verdadero sitio y la naturaleza de la enfermedad. Consisten en síntomas adinámicos ó ataxo-adinámicos, que hacen creer á menudo que existe una enfermedad estraña á los riñones. Los síntomas locales varian segun que el absceso se abre paso al través del tegumento esterno ó á las vísceras que hemos indicado.

»Pronóstico.—El absceso de los riñones es á menudo mortal; sin embargo puede terminar por la curacion despues de la salida de la materia purulenta. Lo mas comun es que sobrevenga el marasmo con todos los accidentes de la fiebre héctica. La rapidez con que marchan los fenómenos morbosos depende de la gravedad y del sitio de la lesion, y de las causas á que debe su origen.

»El tratamiento del absceso se reduce á muy pocos preceptos. Cuando hay seguridad de que ha resultado de una nefritis aguda ó crónica, se debe proceder con arreglo á esta conviccion, tratando de averiguar primero si la nefritis es simple ó si ha sido provocada por la presencia de cálculos en los conductos urinarios ó de una pielitis. (V. Nefritis y Pielitis).» (Monneret y Fleuri, *Compendium*, t. VII, pág. 329—331.)

ARTICULO DECIMO.

De la gangrena de los riñones.

»La gangrena de los riñones es estraordinariamente rara en el hombre. «No la he observado nunca, dice Rayer, como afeccion primitiva esencial; pues siempre ha sido sintomática, ya de una enfermedad general de naturaleza carbuncal, y de un estado puerperal; ya de un derrame urinoso en el riñon, en los casos de pielitis calculosa; ya en fin de una afeccion gangrenosa de la pelvis producida por una retencion de orina insuperable» (*loc. cit.*, t. III, pág. 756; V. tambien nuestro artículo Nefritis).» (Monneret y Eleuri, *sit. cit*).

ARTICULO UNDECIMO.

Perforacion y fístulas de los riñones.

»La ulceracion que determina la perforacion y las fístulas del riñon, procede casi constantemente de la inflamacion de las pelvis y de los cálices por la presencia de cálculos. A consecuencia del trabajo flegmásico se reblandece y supura el tejido celular que rodea los conductos de la orina; el pus se va infiltrando por los tejidos inmediatos, y forma un absceso que da lugar á un trayecto fistuloso. El paso continuo de la orina impide que se cure la fístula, y el contacto de este líquido es tambien el que determina la for-

macion del absceso. La perforacion puede asimismo depender del reblandecimiento de un tubérculo ó de una masa cancerosa, y mas rara vez de una pérdida de sustancia producida por la gangrena. La hidronefrosis, los acefalocistos, una herida de los riñones, etc., pueden determinar la misma alteracion.

»Las fístulas renales mas comunes son las que se establecen por entre el tejido celular que une el riñon á los músculos de los lomos. La abertura esterna da paso, en los primeros dias, á una mezcla de pus, de sangre y de orina, y mas adelante solo á este líquido: puede ser simple ó múltiple. Muy rara vez se abren las fístulas renales en la cavidad del peritóneo; en cuyo caso se observan todas las señales de una peritonitis sobreaguda y rápidamente mortal.

»Puede el riñon contraer adherencias con el estómago, el duodeno, el cólon, el recto y aun con otras porciones del conducto intestinal. Cuando se establece comunicacion entre el estómago y el riñon, se encuentran en las materias vomitadas pus, orina y algunas veces cálculos pequeños; pero estos síntomas faltan á menudo, en cuyo caso es preciso averiguar los accidentes á que ha dado origen el riñon enfermo desde una época mas ó menos distante. Si la fístula se abre en el cólon, la materia de las evacuaciones alvinas contiene orina, que no siempre es fácil de conocer en medio de las cámaras acuosas que arroja el enfermo acometido de una diarrea intensa.

»Hánse visto sugetos cuyo riñon izquierdo había contraido adherencias con el diafragma y mediatamente con la base del pulmon, pasando el pus y los líquidos mezclados con él á la cavidad de los bronquios. Lenepveu ha publicado interesantes pormenores sobre la historia de estas fístulas reno-pulmonales, y refiere varias observaciones muy curiosas (*Considerations sur les fistules reno pulmonaires*, dissert. inaug. en 4.º; Paris, 1840). Estas fístulas son muy raras. Rayer dice que no conoce mas que cuatro casos, tres en el lado izquierdo, y uno en el derecho, y que todavia en este último no se halla bien probado que hubiese fístula reno-pulmonal» (Mon. y Fl., sit. cit.).

ARTICULO DUODECIMO.

Quistes de los riñones.

»Llámanse quistes unas vesículas accidentales, de dimension variable, que contienen una materia líquida ó equinococos. Mas adelante hablaremos de estos últimos (V. *Entozoarios del riñon*); ahora diremos algunas palabras acerca de las demas especies de quistes.

»Los quistes mas comunes son los que contienen una serosidad trasparente, amarillenta, esto es, los quistes simples ó serosos; los cuales se encuentran todavia descritos por los autores con el nombre de hidátides. Sin embargo la naturaleza del líquido contenido en el quiste es variable: ora es una serosidad rojiza y sanguinolenta, ó amarillenta; ora una especie de moco espeso y trasparente, pus, sangre, ó los diferentes elementos de este último líquido, como por ejemplo serosidad y glóbulos. En un caso referido por Rayer, los quistes de los riñones contenian las mas diversas y singulares materias; en unos habia una serosidad acuosa ó una materia semejante á la manteca de leche; en otros un líquido de color amarillo dorado, amarillo de bilis ó parduzco: muchos estaban llenos de una materia análoga á la sangre líquida alterada.

»Rayer ha visto un quiste lleno de una materia blanca y argentina, que fue analizada, y no era otra cosa que colesterina (ob. cit., tomo III, pág. 537). Hay otros quistes formados por las membranas de la pelvis mas ó menos dilatadas; pero los tumores que resultan de esta distension no merecen el nombre de quistes (V. *Enfermedades de los cálices y de la pelvis*).

»Los quistes ocupan tres sitios diferentes: la sustancia cortical, la tubulosa y el tejido celular que rodea los vasos renales. El doctor OEsterlen refiere la interesante observacion de una hipertrofia considerable de los dos riñones, en la que estaban sembradas ambas sustancias de una gran cantidad de vesiculillas que tenian el diámetro de una cuarta parte de línea á dos líneas. Estos quistes, trasparentes y llenos de un líquido incoloro, eran muy pequeños en la sustancia papilar, y en sus paredes habia pegados otros aun mas diminutos, que parecian independientes de los demas. No habia ya vestigios de las pirámides de Malpigio, ni de los conductos de Bellini; todo habia esperimentado la trasformacion hidatídica, que era congénita; porque se encontró en un feto que habia nacido muerto, aunque de todo tiempo (Estracto de los per. alem., en *Arch. gén de méd.*, 3.ª série, t. X, p. 501; 1841). Rayer ha hecho dibujar dos riñones, casi completamente atrofiados y llenos de una enorme cantidad de quistes voluminosos (Atlas, lám. XXVI, fig. 2; ob. cit., t. III, p. 519). La degeneracion de los riñones en quistes no es alteracion muy rara, y se manifiesta en los casos en que está atrofiada la sustancia renal.

»Los quistes de las dos sustancias adquieren á menudo dimensiones considerables: son una verdadera degeneracion del órgano. Debemos á Hawkins uno de los ejemplos mas notables que se han publicado. El quiste contenia cinco azumbres de un líquido claro en gran parte, y ocupaba toda la mitad derecha del abdomen y de la fosa iliaca; el riñon tenia un volumen regular; su superficie anterior concurria á formar la pared posterior del quiste (*Medico-chirurg. trans.*, t. XVIII, estractado en *Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. V, p. 466; 1834). A veces apenas se encuentran algunas porciones de tejido, que han quedado libres de la desorganizacion. El riñon forma un tumor prominente, que se reconoce por el tacto.

»Es mas frecuente encontrar quistes en la sustancia cortical, que en la tubulosa. Sus paredes son delgadas, trasparentes é incoloras, siendo imposible descubrir en ellas el menor aparato vascular. Sin embargo, Rayer dice que ha obervado vasos sanguíneos en las paredes perfectamente trasparentes de algunos quistes serosos (*loc. cit.*, p. 509). La cara interna de estas bolsas es enteramente lisa, como bruñida y trasparente. Vénse á menudo en la superficie de los riñones, que por lo demas no parecen alterados, muchos quistes medio hundidos en la sustancia cortical, y cuyas paredes son tan delgadas, que se rompen en cuanto se trata de desprender la cápsula renal, saliendo entonces de ellos una serosidad clara, puramente acuosa, ó un líquido que hace hebra, mucoso y gelatiniforme. La cavidad que le contiene parece formada por el tejido cortical; tan delgada y trasparente es la membrana que le cubre.

»Rayer cree que los quistes serosos de la sustancia periférica de los riñones se desarrollan á consecuencia de la nefritis simple albuminosa. Esta opinion es cierta respecto de la degeneracion granulosa y amarillenta; pero dista mucho de estar probada la influencia de la inflamacion en el desarrollo de las hidátides.

»Rara vez se encuentran en la sustancia tubulosa quistes muy grandes; pero cualesquiera que sean sus dimensiones, pueden destruirse por efecto de un trabajo flegmásico que sobrevenga espontáneamente, y entonces el líquido contenido en las vesículas se altera, y esperimenta los cambios de color y de consistencia de que ya hemos hablado; la cavidad que ocupaban se estrecha, y remplaza á cada hidatide una cicatriz fibrosa ó fibro-cartilaginosa.

»Los quistes que se desarrollan en el tejido celular de los vasos renales son mucho mas raros que los de la sustancia cortical, y pueden crecer mucho y atrofiar la parte contigua del parenquima: se parecen á los de dicha sustancia cortical, aunque son menos regularmente ovoideos ó redondeados, y contienen siempre serosidad mas ó menos trasparente (Rayer, página 510). A menudo presentan estrecheces, dilataciones ó prolongaciones, que se dirigen á la cisura del riñon, y aun pueden empujar la membrana de la pelvis.

»La presencia de quistes voluminosos determina en ciertos casos síntomas cerebrales, que simulan una meningitis, y terminan rápidamente por la muerte» (Monneret y Fleury, sit. cit., p. 340).

ARTICULO DECIMOTERCIO.

Desarrollo de tejidos homólogos en el riñon.

»Bajo este título describiremos sucesivamente los tejidos cartilaginoso, fibroso, óseo, erectil y grasiento.

»La formacion del tejido cartilaginoso en la sustancia propia del riñon es muy rara; sin embargo, se encuentran en el tejido tubular, y principalmente en la base de los pezoncillos, corpúsculos de un color blanco anacarado, que tienen la consistencia y al parecer la estructura de los cartílagos.

»Obsérvase tambien en los tubos una degeneracion fibrosa, que les da el aspecto de fibras estriadas blanquecinas; alteracion que hemos comprobado en un riñon que estaba muy atrofiado.

»La cápsula fibrosa se incrusta á veces, como los demas sacos fibrosos, de una materia calcárea: ora se forman unas chapas pequeñas, duras é irregulares; ora está la sustancia del riñon casi enteramente contenida en una cubierta huesosa. Es muy raro observar esta sustancia en el riñon mismo, y tanto que Rayer no ha podido hallarla en el hombre.

«Desarróllanse á veces, aunque raras, tumores osteiformes en los riñones, que tienen por base un tejido fibroso, atravesado por vasos sanguíneos, y que solo en algunos sitios presentan un depósito calcáreo. Estas producciones osteiformes, enteramente análogas á los cuerpos fibrosos del útero, solo pueden dividirse con la sierra» (Rayer, *loc. cit.*, pág. 607). Rayer ha publicado una descripcion muy completa de una alteracion de esta especie, que se halla representada en su atlas (lám. XXXVI, fig. 6). Consistia en un tumor óseo del volumen de una naranja, abollado y rodeado de una membrana que le separaba de las partes inmediatas: serrado en el sentido de su diámetro mayor, presentaba en su superficie una capa fibro-cartilaginosa de media á una línea de grueso, de la que se dirigian hácia el centro prolongaciones muy irregulares, en cuyos intervalos habia depositadas concreciones blancas, cretáceas, análogas al detritus tuberculoso de los huesos. Veíanse ademas fracmentos óseos amarillentos, y masas de fibrina semejantes á las que se encuentran en los focos hemorrágicos antiguos. El tejido del riñon estaba apretado, adelgazado y dispuesto como una membrana alrededor de la osificacion. La cápsula renal se hallaba engrosada y robustecida por un tejido celular muy denso. Si no se procediese con mucha atencion en el estudio de las osificaciones, se podrian considerar como tales las concreciones que se forman en uno ó muchos cálices, y que se desarrollan de un modo asombroso. La membrana del cáliz, que suele estar muy aplicada á la concrecion, se parece á la que rodea la materia ósea.

»Rayer ha visto dos veces en el riñon un tejido esponjoso y vascular análogo al del pene. Este tejido estaba compuesto de celdillas, entre las cuales corrian algunas venitas; pero no ofrecia ninguna señal de tejido escirroso ó encefaloideo: tambien se habian desarrollado tumores semejantes en el hígado.

»Hánse designado con los nombres de *trasformacion* y de *degeneracion* grasienta del riñon dos alteraciones que no deben confundirse: en

una de ellas está el riñon atrofiado y rodeado de tejido grasiento; en la otra, que es la única que merece el nombre de degeneracion adiposa, se halla el tejido renal remplazado por el grasiento.

»Petrequin ha encontrado un riñon con cinco pezoncillos trasformados en materia grasienta, habiendo desaparecido enteramente los demas. La sustancia cortical se habia reducido á una cubierta delgada; pero sin esperimentar ninguna otra alteracion. La arteria renal habia conservado su volumen, y sus ramas se deslizaban por entre las cinco pirámides grasientas, para distribuirse por la sustancia cortical. Tres pezoncillos del riñon derecho empezaban á padecer la degeneracion grasienta (Petrequin, *Mémoire sur quelques cas remarquables d'anomalies organiques*, etc., en *Gazette médicale*, pág. 196; 1837). Cruveilhier cree «que en la atrofia del riñon se acumula á menudo la grasa en su cubierta adiposa, pero nunca en el espesor de su tejido propio» (*Anatomie pathologique*, t. I, ent. 36, lám. 615). Rayer afirma lo contrario. «En un caso referido por Bricheteau habian conservado los riñones su forma y volumen naturales, y parecian trasformados en dos masas de una grasa compacta, en la que quedaban algunos vestigios de la sustancia tubulosa» (Véase la obra de Rayer, p. 616).

»Es fácil confundir con la verdadera degeneracion grasienta la atrofia del riñon, cuando se halla este como sepultado en medio de una gran cantidad de tejido adiposo. Rayer observa que esta atrofia renal es á menudo consecutiva á una alteracion de los cálices, de la pelvis y del ureter, y muy rara vez depende del desarrollo preternatural de materia grasienta» (Monneret y Fleury, *Compendium*, t. VII, p. 336).

ARTICULO DECIMOCUARTO.

Tubérculos de los riñones.

»Pueden desarrollarse los tubérculos en las diferentes partes que constituyen el riñon. Cuando ocupan la sustancia cortical, estan diseminados por diferentes puntos de su estension, manifestándose bajo la forma de cuerpecillos redondeados y sólidos, que pueden quitarse con la punta del escalpelo. Algunos se presentan en la superficie del riñon despues de desprendida la cápsula fibrosa, y ora forman una prominencia muy notable, ora estan á la misma altura que las partes que los rodean. Las granulaciones tuberculosas son aisladas, ó aglomeradas por grupos, separados por láminas muy delgadas de tejido cortical perfectamente sano. Últimamente, la materia tuberculosa puede formar masas del volumen de una avellana ó de una almendra, que por su forma y aspecto blanco amarillento se asemejan á los ganglios bronquiales tuberculosos.

»Tambien se encuentran los tubérculos en la sustancia tubulosa bajo la forma de granitos muy pequeños y dispuestos en una misma línea. Rayer ha representado esta notable disposicion en una lámina de su obra (lám. XLII, fig. 1 y fig. 3): estaban los tubérculos depositados en la superficie y en el interior de los pezoncillos, á manera de un polvo mas ó menos grosero infiltrado á mayor ó menor profundidad. Muchas veces tambien forman los tubérculos masas pequeñas, sumamente análogas á las que se encuentran en la sustancia cortical y en otros tejidos. Frecuentemente no ofrece el órgano ninguna otra alteracion, en especial cuando el número de tubérculos es poco considerable. En el caso contrario se halla el riñon hiperemiado en toda su estension. Algunas veces se presentan ciertas partes de la sustancia cortical, ó bien algunos pezoncillos comprimidos por el producto morboso, atrofiados, desfigurados ó inyectados.

»La membrana mucosa de los cálices, de la pelvis y del ureter, puede padecer tubérculos; los cuales se desarrollan en el espesor de su sustancia ó en la cara adherente de la membrana. Si abunda mucho la materia tuberculosa, resultan chapas prominentes, que hacen desigual la superficie de los cálices ó de la pelvis. Ora se ven granulaciones pequeñas, semejantes á una arena muy fina; ora chapas de color blanco amarillento, prominentes é irregulares en su contorno; ora en fin tubérculos infiltrados en el tejido celular submucoso de los conductos escretorios, que dan á estos conductos cierta rigidez y aun muchas veces los estrechan en un punto, en cuyo caso no tarda en dilatarse la porcion superior de los tubos obstruidos. Es bastante raro encontrar ulceraciones tuberculosas en los cálices y en la pelvis. Rayer, que ha tenido ocasion de observar diez y seis veces en adultos la degeneracion que nos ocupa, dice que la materia tuberculosa estaba las mismas diez y seis veces en la sustancia cortical, quince en la tubulosa y trece en la membrana mucosa de los cálices y de los uréteres. En los niños estan casi siempre afectadas simultáneamente todas estas partes. En los viejos es muy raro el desarrollo de los tubérculos renales, y está limitado á las sustancias tubulosa y cortical. Dícese que los niños estan mas espuestos que los demas á la afeccion tuberculosa de los riñones; pero Rayer cree que este aserto necesita confirmarse por nuevas investigaciones estadísticas. Resulta de los datos recogidos por este autor, que no estan ulcerados á un mismo tiempo los dos riñones; pues de diez y seis enfermos observados, solo en seis habia lesion en ambos órganos, diez en uno solo y siete en el izquierdo. (*Traité des maladies des reins*, t. III, p. 623; 1841).

»Las arterias y las venas emulgentes presentan alguna vez materia tuberculosa en su trayecto. Ammon de Dresde refiere un ejemplo de esta especie (*Rust' magazin* en *Archiv. génér. de méd.*, t. XXXV, p. 462; 1834). Los ganglios linfáticos de la cisura del riñon estan casi siem-

pre afectados. Las membranas esteriores de este órgano presentan tambien tubérculos bajo la forma de masas aplastadas y lenticulares, que ora se encuentran en estado de crudeza, ora estan ya reblandecidas.

»El riñon tuberculoso esperimenta ademas algunas alteraciones: por lo comun está hipertrofiado, algo reblandecido, hiperemiado, y algunas veces atrofiado en varias partes. Casi siempre estan afectadas de tubérculos las demas porciones del aparato génito-urinario. Se encuentran en el ureter, en la vejiga, en los conductos deferentes, en las vesículas seminales, en la prostata, y en las mujeres, en la matriz y en las trompas. La infiltracion tuberculosa del ureter es á veces tan considerable, que dificulta y aun impide el paso de la orina por los cálices y la pelvis, sufriendo el riñon una dilatacion escesiva. En estos casos contienen casi constantemente tubérculos en diferentes grados los pulmones, las glándulas mesentéricas y el higado.

»SINTOMAS.—Si la materia tuberculosa ocupa solamente las sustancias del riñon, no hay otro síntoma apreciable que el estado albuminoso de la orina, y como algunas veces existe la enfermedad de Bright en sugetos escrofulosos y en tísicos, no se puede formar el diagnóstico por este solo signo. Rayer, que ha estudiado con sumo cuidado la tuberculizacion de los riñones, cree que los síntomas que pueden dar á conocer esta lesion, pero solo cuando está reblandecida la materia morbosa y sale en proporcion notable con el liquido urinario, son: 1.° la orina turbia con grumos de materia orgánica en suspension, que se depositan en el fondo del vaso con los uratos y los fosfatos, pero que no son solubles en los ácidos, y que examinados con el microscopio se ve que constan de unos granitos muy diferentes de los glóbulos de pus y de sangre; 2.° la emision de una orina cargada de una cantidad variable de estos grumos; 3.° la coexistencia de dolores en el hipogastrio y de emisiones repetidas y dolorosas de orina, que anuncian una cistitis tuberculosa muy comun en tales casos; 4.° en fin, los signos de tísis pulmonal, de escrófulas, de caries de las vértebras y de tubérculos desarrollados en los testículos.

»La alteracion del riñon que acabamos de estudiar se forma bajo la influencia de la diatesis tuberculosa; por manera que su PRONÓSTICO es siempre muy grave, y su TRATAMIENTO el de los tubérculos en general.» (MONNERET Y FLEURI, sit. cit., p. 364).

ARTICULO DECIMOQUINTO.

De la cirrosis de los riñones.

»Se ha designado á veces con este nombre la degeneracion amarillenta del riñon, la cual no es otra cosa que un grado de la enfermedad de Bright. Asi pues nos referimos á lo que dejamos dicho al tratar de esta enfermedad, que se ha designado con diversos nombres, la mayor parte muy impropios, porque, como el de cirrosis, solo espresan alguna de las alteraciones á que suele dar origen.»

ARTICULO DECIMOSESTO.

Del cáncer de los riñones.

»El cáncer del riñon se presenta comunmente bajo la forma de degeneracion encefaloidea, y mas rara vez bajo la de escirro. Gairdner ha publicado un ejemplo notable de cáncer encefaloideo, desarrollado en los dos riñones de un niño de tres años: el izquierdo formaba un tumor de dos libras, y tenia diez pulgadas de large por diez y seis de circunferencia; el derecho pesaba libra y media y tenia diez pulgadas de circunferencia. (*Edimb. med. and surg. journ.*, abril, 1828). Abele ha visto un riñon derecho enteramente trasformado en materia cerebriforme, que pesaba seis libras y contenia en su centro mucha cantidad de materia gris (*Schmidt's Jahrb.*, t. V., p. 379. Extr. de Naumann, *Handbuch des medicinischen klinik*, t. XVIII, p. 72, en 8.°; Berl., 1836). Bouillaud refiere la observacion de un tumor enorme, que ocupaba todo el lado derecho del abdomen y tenia el volumen de un hígado regular; el cual estaba formado por el riñon convertido en una materia pultácea (*Rech. et obs. pour servir à l'anat. et à la phys. pathol. des reins*, en *Journ complem.*, t. XXXI, p. 18; 1828). En otro caso, citado por Renauldin, habia adquirido el riñon izquierdo el volumen de dos puños, habiendo esperimentado la degeneracion cancerosa en todo su espesor. (*Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 588, 2.ª sér.; 1833).

»Cuando el riñon está enteramente convertido en materia encefaloidea, se halla remplazada su sustancia por masas informes, abolladas en su superficie y formadas por un tejido enteramente semejante á la materia cerebral reblandecida é infiltrada de sangre. Encuéntranse á veces coágulos voluminosos, formados por sangre negra derramada, como tambien materia encefaloidea reducida á papilla. Háse dado el nombre de *fungus hematodes* á esta forma de cáncer encefaloideo, en la que se encuentran mezclados con la sustancia cancerosa sangre y coágulos de fibrina mas ó menos alterada. Rayer, que hace de esta afeccion un cáncer aparte, dice que se distingue por sus masas abolladas, de color pardo rojizo, mezclado algunas veces con matices amarillentos, y que parecen blandas ó pastosas á la presion (*loc. cit.*, pág. 678). La presencia de la fibrina, sólida ó reblandecida, esplica esta alteracion, que no merece una descripcion separada. Algunas veces se encuentra el tejido escirroso mezclado con el cáncer encefaloideo.

»El cáncer cerebriforme de los riñones es á menudo parcial. Encuéntrase entonces en la sustancia cortical un número variable de tumo-

res, de un color blanco sonrosado ó azulado, en el estado de crudeza ó de reblandecimiento. Se manifiestan al principio en la capa mas esterior, bajo la forma de chapas irregulares o de tumorcitos aplanados y lenticulares, de la consistencia del tejido renal. Mas adelante se ensanchan las masas cancerosas; llegan hasta la sustancia tubulosa, y asi se forman esos cánceres voluminosos que absorven en cierto modo todo el parenquima del riñon. Examinando la superficie del cáncer encefaloideo, se descubren unos vasitos pequeños, que no se encuentran, ó que son muy raros, en el espesor del producto morboso. El tejido renal interpuesto entre las masas cancerosas conserva su estructura natural, aunque á veces está atrofiado, mas denso y mas friable. En el período de reblandecimiento adquieren todas estas masas la consistencia de la sustancia cerebral ó de una papilla rojiza, y se ven en medio de ellas una multitud de vasitos y sangre fluida derramada, ó cuajarones fibrinosos mas ó menos descoloridos.

»El cáncer encefaloideo se estiende generalmente á todo el parenquima del órgano, determinando la formacion de las abolladuras de que hemos hablado, ó bien penetra en los cálices ó en la pelvis. Los vasos del riñon, y especialmente las venas emulgentes, contienen sangre coagulada y depósitos de fibrina mas ó menos alterada. Esta se manifiesta algunas veces bajo la apariencia de una materia parduscа, blanda, que se ha solido describir equivocadamente con el nombre de cáncer. Los ganglios linfáticos participan de la trasformacion cancerosa. Las túnicas celular y fibrosas se distienden, se adelgazan y se ponen blanquecinas. Muchas veces unen el órgano con las partes que le rodean adherencias sólidas y antiguas, procedentes de peritonitis parciales.

»La induracion gris, lardácea y escirrosa del tejido renal es muy rara. Es preciso tener cuidado de no confundir con esta alteracion la degeneracion amarillenta parcial ó los colores amarillos, acompañados de aumento en la consistencia de los tejidos.

»El cáncer del riñon puede existir mucho tiempo sin determinar síntomas apreciables, ó bien oscurecido por los fenómenos propios del cáncer de otros órganos, donde suele desarrollarse primitivamente esta lesion. Este estado latente existe principalmente cuando el cáncer es parcial, poco considerable, diseminado en varios puntos y situado en la sustancia cortical.

»Los síntomas locales del cáncer del riñon son un dolor sordo, continuo, á veces lancinante, en uno ú otro lado de la region lumbar, que en muchos enfermos no se manifiesta sino comprimiendo con fuerza el riñon afectado. El sonido macizo se estiende á mas distancia, y si es grande el tumor canceroso se puede reconocer por la percusion el aumento de volumen del órgano. Piorry le ha comprobado en muchos casos de un modo muy evidente. (*Traité de diagn. et de semeiol*, t. II, p. 337). El sonido macizo se estiende sobre todo hácia el vacío y la region abdominal esterior. Tambien es un gran recurso la palpacion, que viene á menudo á confirmar los datos semeiológicos suministrados por la percusion. Se deprime con fuerza la pared del vientre con una mano; mientras que con la otra, colocada en la region lumbar, se aprecia aproximadamente el tamaño del riñon. Ademas se descubren por esta esploracion las desigualdades y abolladuras que ofrece en su superficie, y de este modo se obtiene un síntoma de bastante valor. En ocasiones se reconoce por el tacto, que el tumor se estiende desde la última costilla hasta la fosa iliaca. Uno de nosotros ha visto en un enfermo este aumento durante la vida, el cual no contribuyó poco con los demas síntomas á ilustrar el diagnóstico de la naturaleza y el sitio de la enfermedad.

»La orina contiene cierta cantidad de sangre. Segun Rayer, la hematuria renal, ligera ó intensa, pocas veces se manifiesta de un modo continuo, y esas solamente en una época adelantada del cáncer. Preséntase la orina alternativamente en su estado normal y mezclada con sangre, cuyo líquido es á menudo bastante abundante para coagularse en el uréter ó en la vejiga, siendo por este motivo su espulsion difícil y dolorosa. La orina que cubre el depósito negruzco formado por la sangre, es turbia, rojiza, y tiene un color subido (*loc. cit.*, p. 680). La hematuria es un signo precioso del cáncer renal, y cuando se observa en una persona que goza todavía de buena salud, y que no padece ni mal de piedra ni hematuria endémica, debe temerse el desarrollo de la materia cancerosa. Rara vez han observado los autores la retraccion del testículo.

»No tardan en presentarse los síntomas generales de las afecciones cancerosas, como son: el color amarillento de la piel, el enflaquecimiento, una fiebre continua ó exacerbante, el edema de las estremidades inferiores y la alteracion de las digestiones.

»En la sintomatologia del cáncer renal es preciso distinguir lo que pertenece á esta afeccion, de lo que corresponde á las lesiones coexistentes. Al frente de las que la acompañan y preceden mas comunmente deben colocarse los cánceres del estómago, del hígado, del testículo y aun de otros órganos.

»Diagnóstico.—El cáncer del riñon no da muchas veces lugar á ningun síntoma apreciable, y permanece enteramente latente hasta el momento de la muerte. La aparicion de un dolor ó de un tumor en la region lumbar y de la hematuria puede ilustrar el diagnóstico. Si se manifiesta edema de las estremidades inferiores, se debe sospechar el desarrollo de cuajarones fibrinosos ó de materias cancerosas en la vena cava inferior y en las emulgentes.

»Menos difícil es el diagnóstico cuando el riñon forma tumor, y sin embargo puede creerse que este es debido á una afeccion del hígado, del bazo, del ovario, y aun á cálculos ó abs-

cesos renales. Cuando la orina contiene sangre, pudiera creerse que habia cálculos en los riñones; pero en esta enfermedad está el sugeto atormentado por agudos dolores, que se reproducen á menudo bajo la forma de accesos (cólicos nefríticos); su orina contiene arenillas ó cálculos, y no puede salir libremente cuando se engastan los cuerpos estraños en las vias que recorre. Nada de esto ocurre en el cáncer del riñon.

»El cáncer es mas frecuente en el riñon derecho que en el izquierdo, en el hombre que en la mujer, en la vejez que en las demas edades. Nace bajo el imperio de la diatesis cancerosa y consecutivamente á otros cánceres, y en particular al del hígado y al del estómago. Algunas veces se desarrolla estendiéndose al riñon el cáncer de las glándulas mesentéricas ó de otras inmediatas á las vísceras renales.

»El TRATAMIENTO de la degeneracion cancerosa del riñon es el que se emplea en todas las enfermedades de igual naturaleza: el opio y sus compuestos, la cicuta, los baños tibios, son de mucha utilidad para disminuir los dolores que aquejan á los enfermos. Si la hemorragia renal fuese abundante y se reprodujera con cortos intervalos, se podrian usar las aplicaciones de hielo en la region lumbar y sustancias astringentes y acídulas interiormente. Hánse alabado los cáusticos y el moxa; pero ¿qué pueden semejantes medios contra una enfermedad incurable como el cáncer del riñon? Mas importante es oponerse en lo posible á los progresos de la caquexia cancerosa.» (MONNERET Y FLEURI, sit. cit., p. 334).

ARTICULO DECIMOSETIMO.

De la melanosis del riñon

»Casi nunca se deposita la materia negra en los riñones, á no ser en sugetos que tienen en los demas órganos igual alteracion. Ora se presenta sola, ora mezclada con tejido encefaloideo. En un caso observado por Lobstein, la parte superior del riñon derecho contenia un quiste, dividido por tabiques y lleno de una materia negra y pulposa que comunicaba con la vena renal. (*Repert. génér d'anat. et de phisiol. pathol.*, 1829). Pero es dudoso que semejante lesion constituyese una verdadera melanosis.» (MONNERET Y FLEURI, sit. cit., p. 363).

ARTICULO DECIMO-OCTAVO.

Entozoarios del riñon.

»Hánse encontrado en los riñones del hombre: 1.° el equinococo, 2.° el strongilo gigante (*strongilus gigas*), 3.° el espiroptero (*spiroptera hominis*), 4.° el dactilyus aculeatus. Estas últimas lombrices son poco conocidas, y ni aun hay completa seguridad de su existencia.

»1.° *Equinococo*.—Las vesículas que contienen los equinococos se conocen con el nombre de *acephalocystos* de los riñones; son ordinariamente múltiples, es decir, que hay muchas contenidas en un saco comun que se llama quiste. A medida que este se va desarrollando, forma un tumor alrededor del cual se encuentra la sustancia renal atrofiada y reducida á una simple lámina delgada, parduzca ó amarillenta. El quiste está formado por una membrana fibrosa, de paredes gruesas, y á veces hasta cartilaginosas en algunos puntos. En este saco fibroso se encuentra contenida otra membrana opalina, diáfana, elástica, semejante á la clara de huevo mal coagulada, adherida débilmente al quiste y llena de un líquido en el que nadan las vesículas. Dentro de estas y en la superficie de sus paredes, se desarrollan los animalillos que se llaman equinococos, y que examinados con el microscopio presentan la estructura que hemos descrito al hablar de los acefalocistos del pulmon.

»Como el quiste continúa aumentando de tamaño, concluye siempre por encontrarse con las paredes de la pelvis y por abrirse en ellas, pasando entonces las vesículas con la orina á los uréteres y á la vejiga. Otras veces se inflama el quiste; se destruyen las vesículas, y en la bolsa del acefalocisto quedan los restos de las vejiguillas, y en ocasiones una materia amarillenta, mezclada con concreciones blandas y como barrosas. Este trabajo morboso proporciona una terminacion feliz; pero es muy raro.

»Los síntomas del equinococo son oscuros mientras solo hay un tumor oculto en el tejido del riñon, y no puede conocerse su presencia, sino cuando el quiste tiene ya un tamaño considerable, sobresaliendo en algun punto de la region renal; en cuyo caso se percibe el movimiento hidatídico de que hemos hablado al tratar de los entozoarios del hígado. Muchos enfermos sienten tambien un dolor sordo y profundo.

»Cuando el quiste se abre en la pelvis, se presentan dolores agudos, á no ser que las vesículas sean tan pequeñas que puedan atravesar libremente las vias urinarias, lo cual es raro.

»Al momento que penetran en el ureter, siente el enfermo dolores en el trayecto de este conducto, y síntomas de cólico nefrítico, náuseas y vómitos. Cuando las vesículas pasan á la uretra, se desarrollan á menudo todos los accidentes de la retencion de orina; siente el sugeto dolor á lo largo de dicho conducto, y despues de esfuerzos penosos echa un número variable de vesículas rotas, cuya naturaleza es fácil de conocer. Nadan en la orina bajo la forma de membranas blancas ó amarillentas, que se pueden desenvolver debajo del agua, presentando entonces los vestigios de una bolsa mas ó menos completa, aunque rota en algunos puntos. La presencia de estos restos membranosos es el carácter patognomónico del acefalocisto renal.

»Es fácil confundir durante la vida esta en-

fermedad con las concreciones calculosas y con todas las enfermedades que producen una distension de los cálices y de la pelvis. Sin embargo, la alteracion constante de la orina, mezclada con pus, con sangre ó con arenillas, permite distinguir estas últimas afecciones del equinococo. El que se desarrolla en las inmediaciones de la vejiga y se abre en este depósito, podria simular muy bien el equinococo renal; pero el sitio del dolor y la naturaleza de los accidentes que en este último caso esperimenta el enfermo, son enteramente diferentes.

»Si el diagnóstico del equinococo renal fuese mas positivo, se podria, en los casos en que el quiste forma un tumor evidente, abrirle por uno de los procedimientos que hemos dado á conocer al hablar de los acefalocistos del hígado; pero es mejor que salgan los entozoarios atravesando la pelvis. Rara vez se abre el quiste en la region lumbar; no obstante si se presentase este trabajo patológico, seria preciso favorecerle por todos los medios usados en semejantes circunstancias.

»Los baños, las ventosas aplicadas en las inmediaciones de los vacios, al hipogastrio, al periné y á la parte interna de los muslos, parece que han aliviado á algunos enfermos en el momento en que las vesículas se hallaban contenidas en el ureter. La retencion de orina debe combatirse con los medios ordinarios, como tambien la obstruccion del conducto de la uretra ocasionada por vesículas introducidas en el mismo. Por último, pueden usarse tambien los medicamentos vermífugos.

»2.° *El strongilo gigante (strongylus gigas)* (clase de los nematoides de Rudolphi), cuyo cuerpo es cilíndrico y mas delgado en sus estremidades, en una de las cuales hay una bolsa de la que sale un miembro único; rara vez se ha encontrado en el hombre. Rayer ha reunido en su escelente obra los ejemplos mas auténticos publicados en diferentes colecciones (*loc. cit.*, t. III, p. 728).

»3.° Lawrence ha publicado la figura y la descripcion de unos entozoarios de forma particular, espelidos por un hombre (*Medic. chir. trans.*, t. II, tercera edicion, p. 385). Rayer ha hecho dibujar tambien uno de ellos (atlas, lámina XXVIII, figura 7), Rudolphi los llama *spiroptera hominis*. Son semitrasparentes, redondeados y puntiagudos por sus dos estremidades.

»4.° Curling ha encontrado y descrito con el título de *dactylius aculeatus* (clase de los nematoides de Rudolphi), un entozoario espelido con la orina por una niña de cinco años; pero no está probado que viniese de los riñones (*Med. chir. transact. Lond.*, t. XII; 1839. *Archiv. génér. de méd.*, cuarta série, t. VII, p. 497; 1840)» (MONNERET y FLEURY, sit. cit., pág. 337).

Enfermedades de los cálices y de la pelvis.

ARTICULO PRIMERO.

Dilatacion, hidropesia del riñon, hidronefrosis.

»Los cálices y la pelvis pueden dilatarse y adquirir dimensiones considerables, y se da el nombre de hidronefrosis á esta dilatacion accidental, cuando procede de la existencia de un obstáculo en alguno de los puntos que debe recorrer la orina. Depende siempre de la presencia de un cuerpo estraño en las vias escretorias de la orina, y se forma absolutamente del mismo modo que la dilatacion de los conductos biliarios, cuando se obliteran de resultas de haberse detenido en ellos alguna concrecion.

»Rayer, á quien se debe una descripcion muy esacta de esta alteracion, reasume las causas que la dan origen del siguiente modo: «los cuerpos estraños libres en la cavidad de los conductos urinarios (cálculos, hidátides), el engrosamiento, la hinchazon de las paredes de estos conductos, los tumores, las bridas vasculares que se desarrollan dentro de ellos, la obliteracion ó la estrechez orgánica de los mismos y otras disposiciones preternaturales de las partes inmediatas; la retencion prolongada y habitual de la orina en la vejiga y todas las causas que pueden producirla; por último, cualquier obstáculo que se oponga al paso del líquido urinario desde los cálices á la pelvis, de estos á los uréteres y luego á la vejiga, dando lugar á una retencion completa ó incompleta de la orina en uno ó los dos riñones; todos estos estados pueden determinar el desarrollo de una hidronefrosis parcial ó general, en uno ó en ambos lados» (*Traité des maladies des reins*, tomo III, p. 476, en 8.°; 1831).

»Rara vez es parcial la dilatacion, y por lo regular no está limitada á los cálices, sino que se verifica á la vez en estos conductos, en la pelvis y aun en el principio del ureter. La dilatacion de la pelvis sola es menos rara que la de las demas partes, y entonces forma este deposito una bolsa piriforme que ocupa la cisura renal. Cuando la dilatacion está en la pelvis y los cálices, como al cabo sucede siempre cuando es un poco larga la enfermedad, suele adquirir la bolsa dimensiones muy considerables, como la de un puño y aun de la cabeza de un feto. El ureter, mas ó menos desviado de su direccion, está á menudo dilatado tambien, ó tiene una estrechez en su punto de union con la pelvis. Al principio de la dilatacion los cálices, poco alterados todavia, forman unas cavidades pequeñas, cónicas, que comunican con la de la pelvis, aumentada igualmente de estension. En un grado mas adelantado los cálices ensanchados y la superficie deprimida de los pezoncillos forman verdaderas bolsas, que simulan cavernas, cuyas aberturas, á veces muy

estrechas, son ordinariamente bastante grandes. Estas cavernitas escéntricas no se comunican entre si, y terminan todas por su abertura en una cavidad membranosa central mucho mayor, formada por la pelvis dilatada, con la cual se continuan y aun parecen confundirse cuando es mucha la distension» (Rayer, *loc.cit.*, p. 478).

»Cuando llega á cierto grado la dilatacion de los cálices y de la pelvis, viene siempre acompaña de adelgazamiento y atrofia de la sustancia del riñon; y á veces esta doble alteracion afecta casi por igual á todo el órgano, cuya sustancia, reducida á una especie de membrana, presenta abolladuras que dependen de la dilatacion de los cálices. Rayer ha visto los dos riñones trasformados en dos enormes bolsas, en cuyas superficies se veian algunos espacios de sustancia renal. Los conos de la sustancia tubulosa, en vez de ser prominentes como en el estado normal, se aplastan y se borran, reduciéndose á unas chapas redondeadas y deprimidas, que constituyen las paredes de una multitud de escavacioncitas, que sin comunicarse entre sí se dirigen todas á la pelvis dilatada. Esta alteracion resulta de la atrofia de los pezoncillos y del ensanchamiento de los cálices. Las sustancias tubulosa y cortical llegan á veces á atrofiarse hasta tal punto, que Rayer ha visto los riñones de un niño reducidos al tamaño de una haba ó de una judia: en otros casos no quedaban de las dos sustancias mas que unos pedacitos pequeños diseminados por el tumor (*loc. cit.*, p. 479).

»Cuando se divide el tumor formado por la pelvis y por los cálices dilatados, se ve que ora solo contiene orina mas ó menos alterada por el pus, cálculos ó arenillas, y ora un líquido enteramente distinto de la orina.

»Los SÍNTOMAS de la hidronefrosis tienen dos orígenes muy diferentes: unos pertenecen á la misma enfermedad que determina la distension de los riñones, como sucede con las arenillas, el cólico nefrítico y la pielitis, etc.; otros dependen de la presencia del tumor formado por el riñon, cuyo volumen puede ser igual al del puño y aun al del útero de una mujer embarazada de todo tiempo. El tacto puede dar á conocer una distension mediana del riñon, cuando sobresale en los lomos ó en los vacios; y por la percusion se puede comprobar en ocasiones si es este órgano el que padece.

»Es difícil confundir la hidronefrosis con la hidropesia enquistada del ovario, con la distension de la pelvis por pus ó por sangre, por quistes ó por una produccion cancerosa. Son muy diferentes en estos casos las alteraciones de la orina, para que pueda ofrecer dudas el diagnóstico.

»El TRATAMIENTO consiste en combatir ante todo la lesion de que resulta la hidronefrosis, como el mal de piedra ó los cálculos, y oponerse al desarrollo de los accidentes mortales, que se observan muy luego cuando se oblitera completamente el útero ó cuando se inflama el riñon opuesto. Háse propuesto practicar la puncion de estos tumores con un trocar; pero antes de decidirse á esta operacion, es preciso establecer con claridad el diagnóstico, y sentir de un modo evidente la fluctuacion al través de las paredes abdominales. Tambien está indicada la operacion cuando se teme la rotura del tumor» (MONNERET Y FLEURY, sit. cit., p. 365).

ARTICULO SEGUNDO.

Inflamacion de los cálices y de la pelvis.

»Háse dado el nombre de pielitis (de πυελος, pelvis) á la flegmasia de la membrana interna del riñon. Rayer la ha dividido en *pielitis simple*, *calculosa*, *blenorrágica y gangrenosa* (*Traité des maladies*, etc., t. I, pág. 1; 1841): las tres primeras solo se distinguen entre sí por la causa que las produce, y no deben describirse separadamente; pues si se adoptara semejante base para la division de la enfermedad, habria que admitir tambien una pielitis por tubérculos, otra por cáncer, otra por la presencia de lombrices, etc. En cuanto á la pielitis gangrenosa que se observa en las recien paridas y en las afecciones carbuncales, se diferencia demasiado de las inflamaciones, para comprender su estudio en el de la pielitis. Esta puede ser *aguda* ó *crónica*.

»ANATOMIA PATOLÓGICA.—En la pielitis aguda presenta la membrana mucosa una rubicundez general viva, que depende de la inyeccion de sus finísimos capilares, que apenas se descubren á simple vista, ó de un desarrollo de numerosas arborizaciones vasculares. No deben confundirse las rubicundeces inflamatorias de que acabamos de hablar, con los equimosis y ligeras hemorragias que se verifican en la túnica mucosa; pues son enteramente distintas por su naturaleza y por la causa general que las produce.

»La membrana interna de los cálices y de la pelvis está á veces reblandecida ó cubierta de una exudacion seudo-membranosa. Rayer ha observado muchas veces esta forma difterítica de la inflamacion, y la ha hecho dibujar en su atlas (lám. XII, fig. 10; lám. XVII). Los conductos urinarios se dilatan, pero en menos grado que en la pielitis crónica, cuando contienen un cuerpo estraño. Hánse encontrado á veces abscesitos ó una infiltracion sero-purulenta en el tejido celular submucoso, y en otros casos todas las alteraciones inflamatorias de la nefritis (pielo-nefritis).

»La orina que se encuentra en las cavidades inflamadas está casi siempre mezclada con moco purulento, con pus, con sangre ó con los cálculos que han producido el desarrollo de la pielitis.

»En la *pielitis crónica* tiene ordinariamente la membrana mucosa un color blanco y mate, y está mas ó menos dilatada; en ciertos

casos ofrece un color lívido, parcial ó general, grandes arborizaciones vasculares, y esas manchas apizarradas ó negruzcas que tan comunes son en las flegmasias membranosas crónicas. Obsérvase á menudo engrosamiento de la membrana interna con reblandecimiento ó sin él, y á veces llega á tal punto la tumefaccion, que oblitera la abertura de uno ó mas cálices. Tambien pueden formarse ulceraciones en la membrana interna, y aun penetrar mas profundamente en la sustancia renal ó en el tejido celular de la cisura. Algunas veces se ha visto en la superficie de los conductos urinarios una erupcion de vesículas trasparentes y llenas de un líquido acuoso (Rayer, *loc. cit.*, p. 5).

»La dilatacion de los cálices y de la pelvis es muy frecuente en la pielitis crónica con obstáculos al curso de la orina, y entonces esperimenta el riñon diferentes alteraciones: se dilata y forma una bolsa, cuyas paredes estan constituidas por el parenquima mas ó menos atrofiado (V. *Dilatacion de los cálices y de la pelvis*); contrae adherencias con las partes que le rodean, y aun á veces se forma una perforacion ó una fístula. En otras ocasiones produce la flegmasia crónica la atrofia de la sustancia, reduciéndose la glándula á un volumen muy pequeño.

»Encuéntranse en los cálices inflamados crónicamente diferentes producciones patológicas, que suelen haber causado la enfermedad, como cálculos, arenillas, mas ó menos adheridas á los tejidos enfermos, quistes, entozoarios, materia tuberculosa ó cancerosa. Otros productos morbosos dependen de la inflamacion crónica; tales son: el pus, el moco y la sangre coagulada y mas ó menos alterada por su mezcla con la orina.

»Pueden tambien afectarse otras partes del sistema génito-urinario. El ureter participa ordinariamente de las enfermedades de la pelvis, y presenta las mismas alteraciones: tambien se encuentran inflamaciones agudas ó crónicas de la vejiga, la próstata y la uretra.

»Resulta en último análisis, que la inflamacion aguda y crónica de la membrana interna del riñon depende casi constantemente de una enfermedad de los órganos génito-urinarios, ó de la presencia de un cuerpo estraño, que ha llegado hasta los cálices ó la pelvis ó se ha desarrollado en ellos. Asi es que no pueden describirse los síntomas de la pielitis, sin hablar tambien de las enfermedades de que depende. Cuando Rayer se ocupa de la pielitis calculosa, solo trata del mal de piedra, y la descripcion de las demas especies de pielitis que admite se halla tan estrechamente unida al estudio de las demas enfermedades, que es imposible hacerla aisladamente. La flegmasia de la membrana interna solo es accesoria, puramente secundaria y enteramente subordinada á la enfermedad primitiva, cuyos síntomas y tratamiento han de llamar principalmente la atencion del patólogo. En cuanto á las relaciones de la pielitis con la preñez, las afecciones cerebrales, la diarrea y el cancer del útero, no nos parecen suficientemente fundadas para detenernos en ellas. Por último, seria poco racional imitar á algunos autores, reuniendo bajo el título de pielitis alteraciones de la membrana interna de los riñones tan diferentes entre sí, como las que se encuentran en la puohemia, en la fiebre tifoidea, en las enfermedades gangrenosas, etc.

»Rayer ha publicado una descripcion de la pielitis, llena de hechos curiosos, y sus investigaciones bibliográficas aumentan la importancia de sus escritos acerca de este punto de la patologia renal. Pero es lástima que haya comprendido bajo el nombre de pielitis lesiones que nada tienen de comun con el trabajo flegmásico, y que haya dividido las enfermedades en tantas especies como causas la pueden producir (V. *Traité des maladies des reins*, t. III, en 8.°; París, 1841)» (MONNERET Y FLEURY, sitio citado, p. 366).

GÉNERO CUARTO.

—

ENFERMEDADES DE LOS OVARIOS.

»Estas enfermedades no se conocen bien todavia, y como algunas pertenecen mas especialmente á la patologia esterna, ó solo pueden demostrarse despues de la muerte, nos contentaremos con indicarlas. Las afecciones ováricas son: 1.° la atrofia; 2.° la inflamacion; 3.° los abscesos; 4.° la hidropesia enquistada; 5.° los quistes de diversa naturaleza (adiposos, pilosos, fetales, fibrosos, fibro-cartilaginosos, huesosos, hidatídicos); 6.° los tubérculos; 7.° la melanosis; 8.° el cancer; 9.° los acefalocistos.

ARTICULO PRIMERO.

De la atrofia de los ovarios.

»En las niñas recien nacidas son proporcionalmente los ovarios mas voluminosos que en la mujer, y pesan de 8 á 20 granos. En la edad adulta tienen el volumen de un huevo pequeño de paloma, ó mas bien el de un haba gruesa, y pesan 1 $\frac{1}{2}$ dracma segun Graaf, de 1 á 2 segun Murat, y 2 segun Burdach. Chereau (*loc. cit.*, p. 9) ha pesado veintidos ovarios pertenecientes á mujeres de veinte á treinta y cinco años, aislándolos completamente, asi de los ligamentos anchos como de sus raices vasculares, y cinco pesaban 112 granos, seis dracma y media y algunos granos, y los siete restantes 2 dracmas.

»Pasada la edad crítica, se deprimen los ovarios, y pesan en general algo mas de 20 granos.

»La atrofia de estos órganos puede suceder á la ovaritis aguda ó crónica, á la supuracion del ovario, á una afeccion del útero, ó á la compresion ejercida por un tumor del abdomen.

»Pueden desaparecer casi completamente, siendo remplazados por una pequeña masa célulo-tibrosa, que se confunde con el tejido de los ligamentos anchos (Andral, *loc. cit.*, p. 705).

»Durante la vida es imposible reconocer de un modo positivo la atrofia de los ovarios; pudiéndose cuando mas sospechar la existencia de esta alteracion, si en una mujer adulta y estéril disminuyese mucho ó llegara á desaparecer la menstruacion, se apagaran los deseos y goces del amor, y se marchitasen los pechos» (Monneret y Fleury, *Compendium*, etc., tomo VI, p. 246).

ARTICULO SEGUNDO.

De la ovaritis.

»División.—Chereau (*Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires. Premier mémoire*, p. 122; Paris, 1844) divide la ovaritis en *esencial* ó *idiopática*, en *puerperal* y *sintomática*. Pero esta distincion solo debe aplicarse á la etiologia de la flegmasia del ovario. Nosotros la dividiremos únicamente en *aguda* y *crónica*.

1.º *Ovaritis aguda.*

»Alteraciones anatómicas. — *Congestion inflamatoria.*—Apenas se halla el ovario aumentado de volumen, sobre todo en longitud (Boivin y Duges, *Traité pratique des mal. de l'uterus et de ses annexes*, p. 567; París, 1833); se presenta renitente y elástico; se percibe una crepitacion fina cuando se le comprime entre los dedos; su superficie está lisa y lustrosa, y su tejido se halla algo reblandecido, rubicundo, inyectado y recorrido por muchos vasos capilares dilatados por la sangre. La rubicundez es algunas veces general, y otras ocupa especialmente las paredes de las celdillas donde se hallan contenidos los huevecillos, que parecen como rodeados de una especie de areola rubicunda ó parduzca (Andral, *Précis de anat. pathol.*, t. II, p. 703). Las vesículas tienen mayor grosor que en el estado normal. Cuando la congestion es mas considerable, el ovario aumenta mucho de volumen, haciéndose dos ó tres veces mayor; forma un tumor que puede igualar ó esceder á un huevo de gallina; está aplanado y de una figura oval ó redondeada; el tejido del ovario es blando, friable, y se halla infiltrado de una serosidad amarillenta, presentando algunas veces pequeños derrames de sangre en diversos puntos. La friabilidad puede llegar á un alto grado, en cuyo caso el tejido tiene un color rojo oscuro uniforme, semejante al del bazo, y se hunde cuando se le comprime con el dedo (reblandecimiento rojo).

»*Supuracion.*—Cuando esta se verifica, puede presentarse bajo dos formas distintas, en colecciones ó difusa.

»En el primer caso se encuentran en el órgano una ó mas colecciones purulentas, cuyo volumen es variable (V. abscesos del ovario), y en el segundo está diseminado el pus en el tejido del órgano, que se presenta bajo la forma de una pulpa agrisada, saniosa y casi difluente (reblandecimiento gris). En un hecho referido por Cruveilhier fue suficiente una traccion muy ligera para rasgar la membrana propia del ovario, que por lo comun es muy resistente, y sumergido este órgano en el agua tomó el aspecto de una trama vascular, en medio de la cual se veian algunos huevecillos (*Anat. pathol.*, lib. XIII, testo de las lám. 1, 2 y 3, p. 5). Boivin y Duges dicen que algunas veces se disuelve una parte de la superficie ó de la totalidad del ovario, y sus restos arrastrados por el pus se mezclan con el derrame peritoneal.

»Los ovarios inflamados contraen muchas veces adherencias con los órganos inmediatos (trompas, útero, vejiga, recto, etc.); y se observan con frecuencia chapas seudo-membranosas en su túnica peritoneal.

»No referiremos á la ovaritis el pus que se encuentra á menudo en las venas ováricas (V. flebitis del útero), como tampoco las alteraciones de la matriz ni del peritóneo que casi siempre acompañan á la inflamacion de que tratamos (V. *Complicaciones y Causas*).

»En 40 casos de flegmasia ovárica bien confirmada reunidos por Chereau (*loc. cit.*, página 155), ocupó la enfermedad 4 veces ambos ovarios, 11 el derecho, y 25 el izquierdo. Esta prediccion que tiene hácia el ovario izquierdo debe atribuirse, segun Tanchou, á la proximidad del recto y á la accion mecánica que ejercen en el ovario las materias acumuladas en el intestino.

»Síntomas.—Los síntomas de la ovaritis aguda son oscuros, mal conocidos, y se han descrito por los autores de muy diversos modos. Pasaremos en silencio el cuadro trazado por Clarus (*Annalen des klin. instit. in Leipzig*, 1812, t. I, part. II, p. 194-203), quien dice que las enfermas se rien, dan gritos, cantan, recitan versos, etc., y nos contentaremos con indicar los pocos síntomas que han recogido observadores mas esactos.

»Lo primero que se siente es un dolor pungitivo ó lancinante en la region del ovario, que se propaga á los lomos, al ano, al periné y á los muslos, aumentándose cuando se comprime profundamente el hipogastrio: algunas veces es gravativo y no se siente mas que en la pelvis. El dolor es comunmente tan ligero, segun Clarus, que apenas lo perciben las enfermas; pero si se comprime con la palma de la mano la region hipogástrica, sobrevienen movimientos convulsivos de los músculos de la cara y de las estremidades inferiores. Leroy d'Etiolles (*Sur les signes de l'inflammation aigue des trompes uterines et des ovaires* en el *Recueil des lettres et mémoires;* Paris, 1844, p. 668) dice que el dolor es atroz, mucho mas vivo que el de la peritonitis, y que sin embar-

go es considerablemente menor, y á veces casi nula la sensibilidad que provoca la presion. «Ademas, añade este autor, se aumenta por accesos, es tensivo y espulsivo á la vez, y se parece á los dolores del parto.»

»En las enfermas observadas por Leroy d'Etiolles, se presentó desde el segundo ó tercer dia una timpanitis enorme, semejante á la que acompaña á las estrangulaciones internas, la cual se estendió con rapidez al epigastrio, elevándolo hasta tal punto que sobresalia del esternon y de las costillas falsas.

»Las partes genitales esternas y la vagina estan calientes, y el cuello uterino se halla á veces dolorido á la presion.

»Las orinas son raras, rojas y estan muy cargadas de ácido úrico.

»Existe un estreñimiento pertinaz que Leroy considera como uno de los signos mas importantes; pues segun él basta combatirlo para que desaparezcan como por encanto los dolores y demas accidentes (*loc. cit.*, p. 267). Naumann ha observado vómitos (*Handbuch der medicinischen klinik*, t. X, p. 390).

»Clarus asegura que los miembros inferiores estan frecuentemente agitados por convulsiones, y que las enfermas les imprimen alternativamente y con fuerza movimientos de flexion y estension.

»La temperatura de la piel se conserva normal y aun á veces está disminuida (Clarus). El pulso es muy variable; pues en una misma enferma ora está muy desarrollado, ora pequeño y débil. «El pulso, dice Leroy d'Etiolles, no es el que acompaña á la peritonitis, ni es duro y frecuente como en las demas flegmasias subdiafragmáticas, sino que por el contrario conserva cierta anchura, y su frecuencia no está en relacion con la agudeza que tienen al parecer los demas síntomas.»

En tres casos de ovaritis aguda observados por Chereau (*loc. cit.*, p. 182), habia cefalalgia, inyeccion de la cara, hinchazon de las mejillas, calor de la piel que estaba sin embargo madorosa, pastosidad de la lengua, amargor de boca y ansiedad general. El pulso estaba fuerte y desarrollado, y acelerada la respiracion.

»Clarus y otros muchos autores dicen, que en la ovaritis aguda se hallan notablemente alteradas las facultades intelectuales; que las enfermas padecen una especie de delirio erótico y presentan los síntomas que caracterizan la ninfomania.

»Cuando la enfermedad ha de terminar por la muerte, caen las mujeres en un estado soporoso; ya no sienten los dolores aunque se les comprima; el pulso se pone débil é intermitente; fluye por la vagina una serosidad rojiza y muere la paciente cuando menos se esperaba (Osiander, *Uber die Entwickelungskrankheiten in den Bluthenjahren des weiblichen Geschlechts*, p. 129).

»Segun Schonlein (*Klinische Vorlesungen*, t. I, p. 461), es algunas veces muy intenso el aparato febril, y sobrevienen menorragias abundantes y frecuentes (*Oophoritis hæmorragica*).

»Curso, duracion y terminacion.—La ovaritis aguda puede terminar por resolucion, en cuyo caso quedan estacionarios los síntomas despues de haber seguido un curso ascendente bastante regular, y empiezan luego á disminuir; se aplacan los dolores; se calman, y desaparecen los desórdenes generales; vuelven á manifestarse las reglas ó loquios suprimidos, y todo entra en orden del octavo al undécimo dia (Lisfranc, *Journ. hebdom.*, t. I, p. 417; 1834. *The Dublin journal*, p. 8, obs. 9, n.º de setiembre; 1843).

»Cuando la inflamacion termina por supuracion, se verifica siempre la muerte si se halla infiltrado el pus (reblandecimiento gris); mas si por el contrario forma abscesos, se abre paso algunas veces por el intestino, la vejiga ó la pared abdominal, etc. (V. abscesos del ovario), y pueden curarse las enfermas al cabo de un tiempo mas ó menos largo (2 á 4 septenarios). «La supuracion puede sobrevenir hácia el fin del segundo septenario, y se anuncia por escalofrios que alternan con bocanadas de calor, por la blandura del pulso, por el caracter pulsativo que adquieren los dolores, y por el aumento ó disminucion de los accidentes generales (Lisfranc, *Clinique chir. de la Pitié*, t. III, p. 681; Paris, 1843). Por lo demas, solo el tacto puede comunmente revelar, como dice Churchill, la formacion de un absceso del ovario.

»El reblandecimiento y desorganizacion del ovario van siempre seguidos de la muerte.

»Las enfermas sucumben á veces en un estado tifoideo; pero en el mayor número de casos produce la muerte una complicacion primitiva ó consecutiva (peritonitis, metritis, flebitis uterina, etc.).

»Por último, la ovaritis aguda puede pasar al estado crónico.

»Complicaciones.—Es sumamente raro que la ovaritis sea simple, pues casi siempre va acompañada de inflamaciones de la matriz, de las trompas y del peritóneo. Algunas veces se agrega esta enfermedad á otra afeccion antigua del ovario; de lo que refiere un ejemplo Leroy d'Etiolles.

»Diagnóstico.—Mientras no se manifieste la ovaritis mas que por síntomas racionales, es imposible reconocerla con certeza, y mas todavia distinguirla de las flegmasias de la trompa, de los ligamentos del útero y del tejido celular que rodea al ovario (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 677-684). Solo es posible diagnosticarla, cuando el ovario tumefacto forma un tumor apreciable, y aun en este caso se encuentran todavia grandes dificultades.

»Palpando y percutiendo profundamente á los lados de la region hipogástrica, se consigue algunas veces percibir el tumor ovárico; pero los datos mas precisos y ciertos se obtienen

por medio del tacto vaginal, y sobre todo por el rectal.

»Cuando el tumor no está sumergido en la pelvis y es bastante considerable para que pueda percibirse por medio de la palpacion del abdomen, aparece bajo la forma de un cuerpo mas ó menos considerable, casi inmóvil, ó bien por el contrario movible en todos sentidos, sobre todo en el bilateral. «Este tumor puede cogerse hasta cierto punto con los dedos, dislocarse, y aun á veces sigue los movimientos impresos al tronco, aproximándose á la línea media cuando la enferma se acuesta del lado sano: si se le comprime, se consigue tambien sumergirlo mas en la escavacion pelviana» (Chereau, *loc. cit.*, p. 175). Debe hacerse este exámen con todas las precauciones que se toman para esplorar el abdomen.

»Si el tumor es poco considerable y está situado en la pelvis, es imposible descubrirlo por la palpacion del abdomen, el tacto vaginal rara vez nos suministra datos positivos, porque el dedo no puede llegar mas que á la cara posterior del útero; y por lo tanto es preciso recurrir al rectal, que como dice con razon Lœvenhardt, es el único procedimiento que puede asegurar el diagnóstico.

»En este caso, como en el cáncer del ovario, conviene no dejarse engañar por las materias acumuladas en el ciego, en la S iliaca ó en el recto (Piorry, Lisfranc, *loc. cit.*, página 685).

»No puede confundirse el tumor ovárico con un flemon de la fosa iliaca; porque este es inmóvil, menos circunscrito y profundo, está situado mas al esterior y va acompañado de dolores que se sienten en la estremidad inferior correspondiente; estremidad que conservan las enfermas casi siempre doblada sobre la pelvis.

»Por medio de los signos que acabamos de indicar puede establecerse el diagnóstico de la ovaritis aguda simple; aunque sin embargo no es tan fácil como dicen Frank y Schönlein distinguirla de la metritis; porque en los casos complicados, que son los mas frecuentes, los fenómenos morbosos que corresponden á la metritis y á la peritonitis ocultan los de la ovaritis, y esta solo se demuestra por la autopsia (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 567).

»El *pronóstico* no es por lo comun grave respecto de la ovaritis simple, y en caso de complicaciones es relativo en gran parte á la enfermedad coexistente.

»Causas.—«Apenas, dicen Boivin y Duges (*loc. cit.*, p. 566), puede citarse un ejemplo bien averiguado de inflamacion aguda del ovario fuera del estado de preñez ó del puerperio.» Esta asercion nos parece esacta y la ha reproducido Lisfranc (*loc. cit.*, p. 668). Es imposible aceptar sin reserva todas las observaciones de *ovaritis*, cuyo diagnóstico no se halla justificado por la autopsia.

»Solo teniendo en cuenta estos casos dudosos de ovaritis, se han pódido enumerar como causas de semejante flegmasía las lecturas, las conversaciones voluptuosas, los disgustos del amor, los deseos venéreos no satisfechos (religiosas, viudas, etc.), la abstinencia en las que se hallan acostumbradas á entregarse frecuentemente al coito, el uso de este durante el flujo menstrual ó inmediatamente despues, la masturbacion, la administracion de emenagogos enérgicos, las violencias ejercidas sobre el hipogastrio, y las metastasis reumáticas, gotosas, etc. (Copland, *A Dictionary of pract. med.*, t. II, p. 926-927).

»Se ha atribuido (Chereau, *loc. cit.*, p. 123-125) á una inflamacion, ó al menos á una irritacion del ovario, la disuria menstrual y dolorosa; pero es difícil concebir la existencia de una flegmasía que cede al uso de los escitantes, de los emenagogos, de las preparaciones marciales, etc.

»La inflamacion de la vagina puede propagarse á la matriz y á los ovarios (Ricord, Vidal de Casis, *Traité de pathologie externe*, t. V, p. 792; Paris, 1841).

»Leroy d'Etiolles *(loc. cit.)* ha visto desarrollarse la ovaritis á consecuencia de inyecciones emolientes practicadas en el útero.

»La causa mas frecuente, por no decir la única, de la ovaritis aguda, es el parto, ya sea natural ó ya provocado. Esta flegmasía se observa especialmente en las epidemias de *fiebre puerperal*, y va acompañada entonces de metritis, de flebitis uterina y de metro-peritonitis.

»Entre 686 casos de metroperitonitis observados por Boivin y Duges (*loc. cit.*, p. 567), se encontró inflamado el ovario 37 veces. En 56 mujeres que sucumbieron de fiebre puerperal ha visto siempre Roberto Lee, que los ovarios estaban tumefactos, rubicundos y reblandecidos, y en otros 45 cadáveres comprobó la ovaritis 32 veces. Entre 222 casos de fiebre puerperal observados por Tonnellé, existia en 58 en un grado muy marcado; y todos los que han escrito de esta fiebre reconocen la frecuencia de la ovaritis.

»Tratamiento.—El tratamiento de la ovaritis aguda es esencialmente antiflogístico; por lo cual deberán usarse desde el principio las sangrías generales y locales (*sanguijuelas á la region hipogástrica*, *á la iliaca*, *á la parte interna y superior de los muslos*, *á los grandes labios*), repitiéndolas hasta que se obtenga una remision marcada de los síntomas. Tampoco deben descuidarse los fomentos emolientes, las cataplasmas laudanizadas al hipogastrio, las bebidas aciduladas, los revulsivos cutáneos, y los baños tibios prolongados. Velpeau dice haber obtenido muy buenos resultados de los vejigatorios grandes, aplicados despues de las emisiones sanguíneas.

»Leroy d'Etiolles insiste de un modo especial en en el uso de los purgantes. Conviene prescribir los mas suaves, como el agua de Sedlitz ó el aceite de ricito. Algunos médicos

dan la preferencia al protocloruro de mercurio.

»Deben usarse los antiflogísticos con especial energia cuando la ovaritis viene complicada con metritis ó metroperitonitis.

»Lisfranc (*loc. cit.*, p. 687) recomienda mucho el ungüento mercurial doble segun la fórmula de Serres (de Uzes).

»Cuando no ha podido evitarse la supuracion, debe recurrirse á los medios que indicaremos en otro lugar (V. abscesos de los ovarios).

Ovaritis crónica.

»Alteraciones anatómicas.—El aumento de volumen del ovario y la mayor densidad de su tejido, son las únicas alteraciones que pueden atribuirse á la ovaritis crónica, siendo mas que dudoso que procedan de ella el cáncer, los tumores fibrosos y los diversos quistes ováricos.

»A veces el ovario inflamado no presenta mas que un ligerísimo aumento de volumen; pero otras forma un tumor duro, desigual y abollado, que tiene las dimensiones de una nuez ó de un huevo. Cuando es mayor aun, casi siempre existe un cáncer ó un quiste.

Síntomas.—Lisfranc es el único autor que ha estudiado con algun detenimiento los síntomas de la ovaritis sub-aguda, y copiaremos de él una descripcion que deja todavia mucho que desear.

»Cuando la ovaritis aguda pasa al estado crónico, disminuye mucho la intension de los síntomas, y aun algunos suelen desaparecer: cesan las náuseas y los vómitos; el pulso recobra por lo comun su estado normal; muchas veces no hay fiebre ó solo existe por las tardes ó de vez en cuando, y el dolor, lo mismo que sucede en la metritis sub-aguda, ofrece muchas variedades relativamente á su falta ó existencia, á su reproduccion, y á las causas que lo provocan ó exasperan.»

»Al principio de la ovaritis crónica, ya suceda á la aguda ó ya empiece desde luego con aquel caracter, «se conserva á veces perfectamente la salud general; la menstruacion se verifica con regularidad; no hay leucorrea, ó si existia ya anteriormente continúa del mismo modo siempre con poca abundancia; pero hay un dolor ligero, sordo y profundo, remitente ó intermitente, cuyos períodos irregulares pueden distar mucho entre sí, que se siente en la pelvis en un solo lado, y á veces en ambos simultánea ó alternativamente, y que se aumenta ó se reproduce con el ejercicio algo prolongado.»

«Ocasiones hay en que practicado el tacto por el recto y la vagina, y aplicado el espéculum, se encuentran sanos los órganos; no se percibe ningun tumor en la cavidad pelviana ni en las fosas iliacas por la palpacion hipogástrica, y ni aun se aumenta el dolor por la presion. En tales circunstancias se persuaden algunos médicos, que todos los órganos se hallan en su estado normal, y que existe un reumatismo ó bien una neurosis; con cuya idea emplean varios medios, que no producen resultado alguno; el mal hace progresos y adquiere al cabo de mas ó menos tiempo un desarrollo bastante considerable, siendo la mujer la primera que lo nota.»

»Cuando la enfermedad es antigua y el ovario ha adquirido mucho incremento, sobrevienen anomalias menstruales, supresiones de las reglas, leucorreas y pérdidas uterinas mas ó menos abundantes: el útero presenta una ligera hipertrofia sin induracion, como en todos los casos en que el centro de fluxion está situado cerca de este órgano,

»La constitucion se altera al cabo de algun tiempo, observándose enflaquecimiento, flacidez de las carnes, palidez, color amarillo de la piel, alteracion de las funciones digestivas, etc. (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 679-683).

»Curso, duracion y terminaciones.—La ovaritis crónica puede terminar por resolucion ó por induracion. Algunas veces se desarrolla una flegmasia aguda sobre el estado crónico, observándose entonces todos los síntomas y terminaciones de la ovaritis aguda (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 570.—Leroy d'Etiolles, *loc. cit.*).

»Lisfranc considera el cáncer y la hidropesia enquistada como terminaciones de la ovaritis crónica; pero semejante opinion no se apoya en prueba alguna.

»El diagnóstico de la ovaritis crónica estriba en las mismas bases que el de la aguda, de la que se diferencia únicamente en la menor intension del dolor y de los síntomas generales.

»El pronóstico no es grave, pues no conocemos un solo caso en que la ovaritis crónica simple haya producido la muerte.

»El tratamiento es el mismo de la ovaritis aguda, si bien es preciso proceder con mas moderacion en las emisiones sanguíneas, é insistir en el uso de los revulsivos cutáneos (vejigatorios), los purgantes, las fricciones mercuriales, etc.

»Historia y bibliografia.—«La primera tentativa que se hizo, dice Chereau, para separar la ovaritis de las flegmasias inmediatas y considerarla como una afeccion dislinta, fué debida á L. Kruyer en 1752» (*Dissert. inaug. medica sistens pathologiam ovariorum*; Gottinga, 1782).

»Clarus (*Annalem des Klinischen Institut's in Leipzig*, t. I, p. 144) hizo en 1812 una descripcion de la ovaritis, que no estriba en hechos demostrados por la anatomia patológica, trazando un cuadro sintomático que no han justificado las observaciones ulteriores.

»Es preciso llegar hasta 1830, para encontrar establecida la ovaritis sobre una base sólida (Seymour, *Illustrat. of some of the principal diseases of the ovaria*, etc.; Lóndres, 1830);

pero desde esta época se han multiplicado mucho las investigaciones y citaremos especialmente las de Montault (*Quelques consider. sur l'ovarite puerper*, en el *Journ. hebdom.*, t. I, página 413; 1834), Lowenhardt (*Diagnostich practische Abhandlungen*; Breslau, 1835), Soberpheim (*Diagn. pract. der innern Krankheiten*, etc.; Berlin, 1837), Churchill (*The Dublin journal*, n.° de setiembre; 1843) y Leroy d'Etiolles (*Sur les signes de l'inflamation aigue des trompes uterines et des ovaires en el Recueil de lettres et de mémoires*, p. 266; Paris, 1844).

»El capítulo consagrado á la ovaritis por Boivin y Duges (*Traité pratique des malad. de l'uterus et de ses annexes*, p. 564) se halla muy bien redactado, y puede leerse con bastante fruto. De él hemos tomado no pocos materiales, como tambien de la obra de Lisfranc (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 677; Paris, 1843).

»Encuéntranse datos preciosos sobre la anatomia patológica de la ovaritis aguda en los escritos que se han publicado estos últimos años sobre la fiebre puerperal; y citaremos particularmente á Dance (*De la phlebite uterine*, etc., en los *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 485; 1829), Tonnellé (*Des fiebres puerperales observées à la Maternité, etc.*; Paris, 1839), Roberto Lee (*Researches on the pathology and treatment of the diseases of women*; Lóndres, 1833), Collins (*Pract. treatise of midwifery*; Lóndres, 1835), Voillemier (*Histoire de la fievre puerperale*, etc., en el *Journ. des connais. méd. chir.*, t. VII, 1840), Helm (*Traité sur les maladies puerperales*; Paris, 1840) y Tardieu (*Obs. et rech. critiques sur les differentes formes des affections puerperales*, en el *Journ. des connaiss. med. chir.*, n.° de diciembre de 1841).

»Chereau acaba de presentar en una preciosa monografia una historia de la ovaritis lo mas completa posible (*Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires*, 1.ª mem., página 118; Paris, 1844)» MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, páginas 267-268).

ARTICULO TERCERO.

De los abscesos del ovario.

»ALTERACIONES ANATÓMICAS.—Los abscesos del ovario se presentan bajo dos formas diferentes: unas veces ocupa el pus muchas partes que comunican entre sí, ó que estan por el contrario completamente separadas. Negrier ha visto en los ovarios pequeños depósitos purulentos diseminados, bastante regulares y completamente semejantes, que considera como vesículas de Graaf, inflamadas é hinchadas por el líquido purulento segregado dentro de ellas. Pero las mas veces se halla contenido el pus en un solo receptáculo, de volumen variado, y situado en algun punto del órgano. El tejido de este desaparece á menudo completamente, llenando el líquido toda la cavidad de la membrana fibrosa del ovario, en cuyo caso tiene el absceso la forma de un quiste purulento. La membrana fibrosa puede distenderse considerablemente, adquiriendo asi el absceso un volumen á veces muy considerable. Taylor ha visto un ovario trasformado en una bolsa purulenta, que pesaba 17 libras y contenia 10 azumbres de pus: Habersham ha descrito un absceso del ovario que encerraba 400 onzas de este líquido (*American medical recorder*, t. VI, p. 487).

»La membrana fibrosa está engrosada y cubierta por su cara esterna de una capa seudomembranosa mas ó menos gruesa. La bolsa purulenta está unida casi siempre por medio de adherencias recientes á las paredes abdominales ó á algun órgano del vientre (V. *Terminacion*).

»SÍNTOMAS.—Cuando el absceso sucede á una ovaritis aguda, da lugar á ciertos síntomas que permiten á veces anunciar la formacion del pus (V. OVARITIS); pero considerando únicamente el absceso ya formado, ya se deja conocer que deben variar sus signos segun el volumen de la coleccion purulenta y la direccion que tome el pus.

»Cuando el absceso es poco voluminoso, no determina por sí mismo ningun fenómeno que pueda darle á conocer. Si tiene considerables dimensiones, produce todos los síntomas de una hidropesia enquistada del ovario, de la que es imposible distinguirlo. Cuando es mediano y propende á abrirse paso al esterior, la presencia de un tumor en la region ovárica y el punto hácia donde se dirige el pus, pueden ilustrar algo el diagnóstico; pero es casi siempre imposible determinar con certidumbre, si el pus ocupa el ovario ó el tejido celular de la pequeña pelvis.

»El CURSO y la DURACION de los abscesos del ovario varian segun la causa que los produce.

»TERMINACION.—Puede resultar la muerte de los trastornos generales que determinan estos abscesos como todos los de la pequeña pelvis; tienen las enfermas una ligera fiebre continua con exacerbaciones por las tardes, se enflaquecen, se ven acometidas de diarrea y sucumben al fin en el marasmo y la fiebre héctica.

»Esta funesta terminacion depende muchas veces de las complicaciones que acompañan á la inflamacion supurativa del ovario (*metritis, metro-peritonitis, fiebre puerperal*, etc.).

»El absceso puede abrirse espontáneamente y tomar el pus direcciones muy diversas.

»*Cavidad abdominal.*—Puede derramarse en la cavidad abdominal perforando las paredes de la bolsa que lo contiene, y producir una peritonitis que termina muy pronto por la muerte; de lo cual han observado algunos hechos Dupuytren, Negrier, Velpeau, Piorry (*Bull. clinique*, t. I, p. 108) y Bright (*The ciclopedia of practical medic.*, t. III, p. 228).

»*Pared abdominal.*—El absceso ovárico con-

trae á veces adherencias con la pared abdominal; la piel de esta que corresponde al nivel del absceso se pone rubicunda, se adelgaza, se ulcera, y el pus sale al esterior. El doctor Lœvenhardt anticipó con el bisturí la abertura de un tumor de esta especie, situado por encima de la rama horizontal del pubis (*Casper's Wochenschrift*, núm. 4.°, 1841). Lisfranc (*Clinique de la Pitié*, t. III, p. 682; 1843) y Roberto Lee (*Researches on the pathology and treament of some of the most important diseases of women;* Lónd., 1833) refieren ejemplos de esta terminacion.

»En muchos casos ha pasado el pus por debajo del ligamento de Poupart, presentándose en un punto de la parte superior del muslo (Erdmann, *Hufeland's Journal*, 1831, cuad. 12.—Richter, *Chirurgische Bibliotek*, t. XI, p. 336.—Fahrenhorst, *Rust's Magasin*, t. XX, cuad. 3.—Roberto Lee, ob. cit., p. 26).

»*Utero.*—Puede penetrar en la cavidad de este órgano y pasar á la vagina al través del orificio del hocico de tenca. La introduccion del pus en la matriz se verifica por la trompa de Falopio (Chambon de Montaux, *Mém. de l'Acad. des sc.*, 1700, obs. 5.—Chereau, *Mém. pour servir à l'étude des maladies des ovaires*, 1.ª mem., p. 165; Paris 1843), ó bien al través de las paredes del útero, que despues de contraer adherencias con las del absceso ovárico, se destruyen por un trabajo de ulceracion (*Biblioth. du médecin praticien*, t. I, p. 655; 1843.—Boivin y Duges, *Traité pratique des mal. de l'uterus et de ses anexes*, t. II, p. 576; Paris, 1833).

»*Vagina.*—Puede el pus penetrar directamente en este conducto perforando la pared formada por prévias adherencias, que separa la vagina del absceso ovárico; de lo cual refieren algunos hechos Dance, Husson, Cruveilhier, Martin-Solon (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, p. 416) y Lœvenhardt (*loc. cit.*).

»*Intestinos.*—«La mas comun de todas las terminaciones, dicen Boivin y Duges (*loc. cit.*, p. 572), es la adhesion del ovario con el recto, abriéndose el foco en este intestino, que da paso al esterior á la materia purulenta.» En efecto, hay muchas observaciones que demuestran la frecuencia de semejante terminacion (Boivin y Duges, ob. cit., t. I, p. 103 y t. II, p. 572-578.—Nauche, *Maladies de l'uterus*, p. 270, y *Traité des mal. propres aux femmes*, p. 373.—Montault, *Journal hebdomadaire*, 1834, año VI, tomo V, página 416 y sig.—Chereau, página 162).

»En un caso referido por William Cook, se habia abierto el absceso del ovario en el intestino al nivel de la válvula ileo-cecal (*London medical gazet.*, t. XXV, p. 625). Chereau cita tambien un hecho enteramente análogo (mem. cit., p. 169).

»*Vejiga.*—Andral ha visto abrirse en este órgano un absceso del ovario (*Précis d'anatomie pathologique*, t. I, p. 704; Paris, 1829). Boivin y Duges hablan de otro que se abrió en la vejiga y en el útero (obs. cit., p. 580).

»Cuando el pus se derrama al esterior por cualquiera de las vias que acabamos de indicar, comunmente se verifica la curacion. La salida mas favorable es por el intestino.

»Diagnóstico, pronóstico.—Ya hemos dicho que es imposible reconocer un absceso ovárico de poco volumen, y que cuando la coleccion purulenta forma un tumor apreciable, es muy difícil determinar el sitio preciso que ocupa. A propósito de esto, haremos de paso una advertencia; y es que la mayor parte de las enfermas en quienes salió el pus al esterior por alguna de las vias que dejamos enumeradas, vinieron á curarse; por lo cual no ha podido demostrar la autopsia que la coleccion purulenta ocupase el ovario. Es pues de suponer, que muchas de las observaciones de que hablan los autores no fuesen mas que abscesos de la fosa iliaca, de los ligamentos anchos, del tejido celular de la pequeña pelvis, etc.

»Cuando la coleccion purulenta es voluminosa y se ha formado con lentitud, no puede distinguirse del quiste fibro-seroso del ovario.

»El pronóstico es siempre grave.

»Causas.—La causa mas comun de los abscesos ováricos es la ovaritis aguda. «Sin embargo, la supuracion de los ovarios, dice Andral (*loc. cit.*, p. 704), no siempre coincide con un estado de hiperemia muy marcado; pues hay casos en que el órgano se trasforma poco á poco en absceso de un modo sordo, sin adquirir una tumefaccion apreciable, y aun á veces sin que haya un verdadero dolor.» En efecto, la presencia del pus en el ovario no supone necesariamente la de una inflamacion de su tejido, pues «sucede muchas veces, dice Chereau (*loc. cit.*, p. 158), que la túnica interna de los quistes serosos del ovario sufre una inflamacion, que modifica el fluido segregado por ella; de modo que este último adquiere todos los caractéres del pus, sin que se inflame en manera alguna el tejido propio del órgano, sino tan solo la referida membrana interna del quiste.»

»Tratamiento.—Cuando no ha podido el tratamiento antiflogístico evitar la supuracion, es preciso las mas veces esperar á que el pus se abra paso al esterior. Sin embargo, siempre que aparezca un tumor fluctuante en un punto de la pared abdominal ó del muslo, ó bien en la vejiga ó el recto, se puede abrir al líquido morboso un paso artificial. Hicieron con buen éxito esta operacion Lœvenhardt en un tumor de la pared abdominal (*loc. cit.*) y Burdach en un caso de tumor de la vagina (Naumann, *Handbuch der medecinischen klinik*, t. VIII, p. 396). Churchill cree que deben abrirse los abscesos siempre que sean accesibles, y que el mejor punto para hacerlo son las paredes abdominales y despues la vagina. Lisfranc dice, que cuando se percibe distintamente la fluctuacion al través de las paredes del vientre, de-

bemos anticipar la abertura del absceso, pero que es preciso proceder con mas reserva para dar salida al pus por la vagina. En este último caso es muy arriesgado el uso del bisturí, pues espone á herir un órgano importante; y como por otra parte siempre es difícil el diagnóstico, conviene recurrir al principio al trocar esplorador, y si sale pus acabar la operacion con un trocar de hidrocele (Lisfranc, *loc. cit.*, página 688)» (Monneret y Fleury, sit. cit.).

ARTICULO CUARTO.

Hidropesia enquistada del ovario.

»Sinonimia.—*Hydrops ovarium hydrops saccatus ovarii*, *hydroarion*, de Ploucquet; *sarcoma cysticum* de Burns.

»Alteraciones anatómicas.—Mas adelante veremos cuanto importaria conocer bien las alteraciones que constituyen el origen de la enfermedad conocida con el nombre de hidropesia enquistada del ovario (V. Naturaleza y asiento); cuyo estudio se halla por desgracia poco adelantado por no haber llamado la atencion de los autores. Cazeaux (*Des quistes de l'ovaire*, tésis de agregacion, p. 61; Paris, 1844) le coloca con razon al frente del capítulo que consagra á la anatomia patológica de los quistes ováricos sero-fibrosos, y nosotros seguiremos su ejemplo.

»Constituyen en su origen la hidropesia enquistada del ovario uno ó mas quistes muy pequeños, que ocupan la superficie ó la sustancia del órgano, y que por lo tanto deben distinguirse en *estra* é *intra ováricos*.

»*Quistes rudimentarios extra-ováricos.*—En 1825 indicó su existencia Velpeau, quien los ha visto representados por bolsas serosas del volumen de un guisante, de una avellana, de una uva y de una nuez pequeña, llenas de un líquido seroso ó cetrino, adheridas á la superficie esterna del ovario por un pedículo en general muy delgado. (Cazeaux, *loc. cit.*; páginas 61-62).

»Bright confirma la descripcion trazada por Velpeau: dice que la pared esterna del quiste presenta los caractéres del peritoneo; que el pedículo puede tener hasta pulgada y media de longitud, y que toda la bolsa puede adquirir el volumen de una naranja (Bright, *Guy's hospital reports*, número de abril, 1835).

»Delpech, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 62), encontró tambien á mi modo de ver algunos tumores pertenecientes á la variedad de que se trata; les da el nombre de quistes sero-mucosos y los compara á los que se encuentran tan á menudo en los párpados. El tumor de que habla era del volumen de una naranja, y dice que estaba formado, no por la dilatacion de una de las vesículas del ovario, sino por un quiste que podia desprenderse fácilmente del órgano y de todas las *partes circunyacentes*. Bueno es advertir, que se han visto en el espesor de los ligamentos anchos tumores de igual clase, encontrándose tambien algunos adheridos á la trompa.»

»*Quistes rudimentarios intra-ováricos.*—Estos quistes resultan, segun Negrier y la mayor parte de los autores contemporáneos, de un desarrollo morboso de las vesículas de Graaf. Estan compuestos de tres membranas, comprendiendo entre ellas la de la celdilla que los contiene; son consistentes, sólidos, parecidos por su color á la esclerótica, y crecen con lentitud. Mientras no llegan al volumen de una nuez parece que se van engrosando sus paredes en razon directa del desarrollo de la vesícula; pero cuando han logrado adquirir las dimensiones de un huevo pequeño, ensanchan el parenquima del ovario, que no puede ya oponer resistencia alguna á la dilatacion progresiva, y se adelgazan sus paredes (Negrier, *Recherches anatom. sur les ovaires*, p. 85).

»A la teoria que considera los quistes intra-ováricos como formados por las vesículas de Graaf dilatadas, se arguye que si puede admitirse semejante suposicion respecto de los quistes uniloculares, no asi respecto de los multiloculares, cuyo número de bolsas escede con mucho al de las vesículas que tiene un ovario sano.

«Esta objecion queda destruida, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 65), gracias á los trabajos de los fisiólogos modernos; pues sabido es que ademas de las vesículas visibles que hay en el ovario en un tiempo dado, existen otras muchas muy pequeñas todavia, que ocupan la sustancia del órgano, cada una de las cuales debe desarrollarse poco á poco y llegar por decirlo asi á su estado de madurez en cada época menstrual. De este modo se comprende fácilmente, que la misma causa que produce el desarrollo escesivo y morboso de una de estas vesículas, puede igualmente escitar á las demas, apresurar su crecimiento y disponerlas á participar de la afeccion que otras veces se limita á una de ellas.

»Cuando los quistes fibro-serosos del ovario han adquirido ya cierto desarrollo, es imposible por punto general reconocer su origen, presentándose entonces bajo la forma de un *tumor* que reemplaza al ovario, y en el cual debe estudiarse separadamente el *quiste* y la *materia* que contiene.

»a. *Tumor.*—1.° *Forma.*—La forma del quiste varia mucho: cuando es *unilocular* y voluminoso es casi siempre ovoideo; su estremidad mas pequeña se dirige hácia la pelvis, y la mas gruesa ocupa la cavidad del abdomen. Cuando es *multilocular*, tiene comunmente una figura irregular y presenta surcos profundos que lo dividen en muchos tumores distintos. Algunas veces se encuentran dos, tres ó cuatro de estos tumores, reunidos solamente por una especie de pedículos. Andral ha visto un tumor doble, cuya mitad inferior remplazaba al ovario derecho; mientras que la superior, reunida á la primera por un pedículo largo y delgado, es-

taba situada en el hipocondrio izquierdo. Murray describe otro igual, que tenia un lóbulo profundamente sumergido en la pequeña pelvis, mientras que el otro flotaba en la cavidad del vientre (*Edinburg medical and surgical journal*, número de abril, 1828).

»Cuando el quiste no escede del volumen de una naranja, suele tener una forma esférica bastante regular.

»2.º *Volumen y peso.*—El volumen varia con la antigüedad del mal y otras circunstancias que se ocultan á nuestra investigacion. Se han observado todas las dimensiones intermedias entre las de una nuez y la de la cabeza de un adulto y aun mayores; asi es que los quistes ováricos se han comparado en cuanto á su volumen á los huevos de gallina, á las naranjas, al de un puño, á la cabeza de un feto, etc. Casos hay en que el tumor ocupa toda la capacidad abdominal.

»El peso está en razon directa del volumen; se han visto algunos que pesaban, juntamente con el líquido contenido, desde 3 y 4 libras hasta 70, 80, 100, 120 y aun 130. El quiste vacio puede pesar desde algunas onzas hasta 9 libras (Adelmann, *Siebold's journal*, t. IV).

»3.º *Situacion y relaciones.*—Mientras es poco voluminoso, ocupa el sitio del ovario; pero cuando llega á adquirir el volumen de una naranja, desciende algunas veces por su propio peso á las partes mas declives y cae en la escavacion pelviana. Se han visto quistes aprisionados en esta cavidad, rechazando y comprimiendo los órganos contenidos en ella y adquiriendo dimensiones muy considerables. Pero es mas comun que el quiste suba hasta el abdomen y se desarrolle rechazando á los órganos, estendiéndose en ciertos casos hasta el hígado y bazo, y elevando el diafragma. En un caso referido por P. Frank (*Epitome de curandis hominum morbis*, lib. IV, part. I, p. 513), llegó á ofrecer el ovario izquierdo un volumen tan enorme, que perforó el diafragma, llenó el mediastino y contrajo adherencias con la pleura y el pulmon.

»El tumor, ora es libre, flotante y movible, ora se halla por el contrario fijo por íntimas y numerosas adherencias á los órganos inmediatos, especialmente al útero, la vejiga, el recto, el hígado y aun á los órganos de la cavidad torácica. En algunos casos el peso mismo del quiste estira y prolonga las falsas membranas de adherencia, y el tumor queda unido á los órganos inmediatos por una especie de pedúnculos.

»b. *Quiste.*—1.º *Paredes.*—La pared del quiste está constituida por una membrana de mayor ó menor grueso, que varia entre $\frac{1}{2}$ á 15 líneas. Hirtz cree que el grosor está en razon directa del volumen del tumor; pero los hechos demuestran lo contrario; pues se han visto quistes de enormes dimensiones cuya pared era sumamente delgada y semitrasparente (Martineau, *Philosophical transactions*, t. LXXIV).

»La estructura de las paredes del quiste debe variar necesariamente segun el punto en que se desarrolla el tumor. Los extra-ováricos, es decir, los que nacen en la superficie esterna del ovario por debajo del peritoneo, tienen una pared esterna formada únicamente por una membrana serosa mas ó menos gruesa y alterada.

»Dubreuil describe con mucho cuidado la estructura de las paredes de los quistes intra-ováricos, y dice que estan formadas por la superposicion de muchas túnicas, que contando de fuera adentro son: una serosa, otra fibrosa, una tercera muscular y una interna adventicia de naturaleza particular.

»La serosa, segun este autor, envuelve al quiste en la mayor parte de su estension; pierde su color blanco, como tambien su aspecto liso y lustroso, y se engruesa tomando un viso parduzco. Se la puede aislar muy fácilmente del tejido celular subyacente, que es flojo y se halla infiltrado. La túnica fibrosa es gruesa y de color de pizarra. La muscular se hace sobre todo manifiesta en las partes anterior é inferior del tumor; constituye una especie de músculo cutáneo, un paniculo carnoso de cierta densidad, que sigue una direccion perpendicular; las fibras nacen al parecer de la parte mas alta del tumor, y los manojos carnosos estan aislados por un tejido celular, cuya blancura contrasta con el color rojo de la parte musculosa: esta capa es muy visible, y proviene de la hipertrofia de una cubierta muscular que en el estado fisiológico es poco pronunciada. La túnica interna es una especie de seudo-membrana, de aspecto variable (Dubreuil, *Considerations anatómico-pathologiques sur l'hydropisie de l'ovaire*, en el *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 261; 1835).

»Sin que tratemos de negar la esactitud de la descripcion trazada por Dubreuil, debemos decir que los autores no admiten en las paredes del quiste mas que una membrana de naturaleza fibrosa, cuya estructura en nada se diferencia de la túnica fibrosa que envuelve al ovario en el estado sano, solo que es mas gruesa y se parece á la dura madre. Hemos examinado muchos quistes intra-ováricos, y no hemos podido distinguir las diferentes túnicas que describe Dubreuil.

»*Superficie esterna del quiste.*—La superficie esterna de este, ora es lisa, suave y lustrosa, ora rugosa y deslustrada, presentando á veces un número mayor ó menor de chapas calcáreas y de puntos óseos. Frecuentemente se halla recorrida por un considerable número de vasos sanguíneos, que á veces penetran en el espesor de las paredes, y sobre todo en el de la túnica carnosa. Dubreuil los describe minuciosamente: las arterias, dice este médico, no guardan simetria, ni puede establecerse nada fijo relativamente á las regiones del ovario en que se las debe encontrar; las venas ocupan la superficie del quiste; tienen un volumen mayor que

aquellas; son mas bien aplanadas que cilíndricas; se parecen por su organizacion á los senos de la dura madre; carecen de válvulas, y forman dos planos, uno superficial y otro profundo, acompañando las de este último á las arterias. El número de vasos está en general en razon directa del espesor de las paredes del quiste (Dubreuil, *loc. cit.*, p. 263-264).

»Cruveilhier confirma las aserciones de Dubreuil; pero Delpech opina por el contrario, que los vasos mas voluminosos estan formados por las arterias (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 80).

»*Superficie interna del quiste.*—En los casos en que el líquido contenido es cetrino, diáfano y seroso, es lisa, lustrosa y suave, como si estuviese tapizada por una membrana serosa, y se parece á la superficie interna del pericardio (Tavignot, *De l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, etc.: en *l'Experience*, p. 54, número del 24 de julio de 1840); pero cuando el líquido contenido es puriforme, tiene un aspecto tomentoso y se halla revestida por falsas membranas mas ó menos recientes y gruesas.

»2.° *Cavidad del quiste.*—Presenta disposiciones muy diversas, que han servido de base para hacer una division anatómica de los quistes del ovario, y que tienen mucha importancia terapéutica. Pueden ser los quistes *uniloculares, multiloculares* ó *areolares.*

»*Quistes uniloculares.*—«El ovario, dice Cruveilhier (*Anatomie pathol. du corps humain*, lib. V, p. 1, testo de la lám. 3), está convertido en una bolsa única, que puede adquirir tal volumen, que llene casi la totalidad del abdomen como si hubiera una ascitis. Es probable que en este caso el desarrollo de una sola vesícula haya borrado el resto del órgano, que se encuentra á veces atrofiado en uno de los puntos de la circunferencia del quiste, confundiéndose á menudo con un engrosamiento cartilaginoso ú óseo.» Tambien Meckel y P. Frank (*loc. cit.*, p. 311) han observado quistes uniloculares; pero esta disposicion es bastante rara, y solo la han visto un corto número de veces los autores contemporáneos.

»*Quistes multiloculares.*—El quiste está dividido por tabiques mas ó menos completos en un número variable, y á veces prodigioso, de celdillas, subdivididas por otros tabiques incompletos ó bridas secundarias: de las paredes de estas células nacen unos filamentos blancos y ramosos. *Las celdillas comunican todas entre sí* por aberturillas circulares, como si estuvieran hechas por un sacabocados (Cruveilhier, *loc. cit.*, p. 2-3).

»La disposicion de que acabamos de hablar es la mas frecuente, y Jobert dice que existe en casi todos los casos de quistes multiloculares; sin embargo, se encuentran en los autores muchas observaciones, que demuestran que las diferentes celdillas de un quiste multilocular pueden hallarse perfectamente separadas, *sin que haya entre ellas ninguna especie de comunicacion.* Cuando el examen de los tabiques no bastase para aclarar este hecho, podria invocarse la diversidad de caractéres que suele presentar la materia contenida en dos celdillas contiguas ó poco distantes, como lo acreditan los hechos perentorios citados por Howitz (*Acta nova Societatis Hafniensis*, t. III, 1829), Berger (*Dissertatio qua graviditas apparens ex tumore ovarii dextri enormi orta per tres annos cum dimidio durans tamdemque in ascitem terminata exponitur*; Wittemberg, 1722), Lemaire (*Revue méd.*, número de febrero de 1835), Pommier (*Bulletin de la Soc. anatómique*, año 15, p. 185), etc.

»*Quistes areolares.*—Cruveilhier es quien ha descrito los quistes de este género. Estan divididos en un número considerable de celulillas que representan con bastante propiedad un panal de miel; la mayor parte estan completamente aisladas; algunas comunican entre sí por aberturas muy pequeñas, y los tabiques que las separan se componen siempre de dos láminas fibrosas muy resistentes, semitrasparentes, en unos puntos muy delgadas y en otros muy gruesas. Las células mas considerables tienen á menudo válvulas, que ora son paralelas, ora perpendiculares á sus paredes, y en ocasiones enteramente iguales á las que tienen las venas.

»Cruveilhier ha observado tambien otra forma de quistes areolares, en la que de la cara interna de la bolsa nacian vegetaciones esferoideas, mas ó menos considerables, de un volumen variable entre el de una avellana y el de una camuesa, y de estructura areolar; las paredes del quiste ofrecian en el espesor de un punto de su estension una especie de torta areolar, que representaba bastante bien la forma y aspecto de la placenta (obr. cit. lib. XXV, testo de la lám. 1).

»Creemos que no deben confundirse, como lo hace Cruveilhier, estas dos especies de quistes areolares; pues la primera nos parece no ser mas que un quiste multilocular de celdillas muy pequeñas, y la segunda no pertenece á la hidropesia enquistada del ovario, sino mas bien al tejido erectil de este órgano; de cuya opinion participa el mismo autor cuando dice: «Son estos tejidos sumamente análogos á los llamados cavernosos ó erectiles, distinguiéndose solo en que las células del quiste no suelen tener comunicacion entre sí, y por el contrario, las de los tejidos cavernosos comunican libremente. Por lo demas, con respecto á la comunicacion de las células, los quistes areolares del ovario presentan muchas variedades.... Si se considera que los hidátides placentarios estan formados evidentemente á espensas de los vasos, no será enteramente infundada la idea de que los quistes areolares del ovario ocupen la red erectil venosa de este órgano.»

»No convenimos enteramente con Cruveilhier sobre este punto; pues semejantes palabras solo pueden aplicarse, á nuestro parecer, á la segunda forma de quistes que llama areolares; pero creemos que no va acertado Cazeaux (*loc.*

cit., p. 74) en atribuir los quistes areolares de esta segunda forma á la hidropesia enquistada del ovario.

»c. *Materia contenida en el quiste.*—En los uniloculares y multiloculares, cuyas celdillas comunican entre sí, suele encontrarse un líquido claro, fluido y cetrino, análogo al de la ascitis sintomática de una enfermedad del hígado ó de la vena porta. Otras veces, cuando es antigua la enfermedad y se ha practicado muchas veces la puncion, el líquido es oscuro, turbio, negruzco y puriforme, pareciéndose en ciertos casos á un cocimiento de café ó de chocolate. La cantidad del líquido es sumamente variable en las circunstancias anatómicas que acabamos de indicar; pero en general es muy considerable: se han encontrado 70 libras de serosidad (P. Frank, *loc. cit.*—Douglas, *Phylosophical transactions*, t. V, p. 290), 112 (Sanson), 120 y aun 216 (Martineau, *loc. cit.*). En un quiste de dos celdillas del ovario derecho encontró Adelmann 214 libras de un líquido parduzco (*Siebold's journal*, t. IV, cuad. 1).

»El líquido de la hidropesia enquistada del ovario ha sido analizado por muchos observadores, que han obtenido los siguientes resultados: en 31 onzas de líquido habia 15 de albúmina, 6 dracmas de materia animal, 10 de fosfato alcalino y algun vestigio de fosfato de cal y de hierro (*Zeitung fur Geburtsheilkunde*, tomo IV, p. 9).

»Bright ha comprobado los caractéres siguientes: líquido alcalino; su peso específico 1018,2

904,10	de agua.
47,75	de albúmina con vestigios de materia grasa, de sangre y fosfato de cal.
6,69	de albúmina disuelta en estado de albuminato de sosa.
3,66	de cloruro de sodio.
1,70	de carbonato de sosa con vestigios de sulfato.

(Cazeaux, *loc. cit.*, p. 67).

»Julia Fontenelle (*Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires*, en los *Archives gén. de méd.*, t. IV, p. 257; 1824) ha sacado de un quiste ovárico un líquido cenagoso, de color de café molido, que ponia verde el jarabe de violetas: habiéndolo espuesto al calor, se formó un coágulo muy abundante; el líquido se puso claro y perdió la accion que tenia sobre el jarabe de violetas, y evaporado hasta una consistencia de jarabe claro, se convirtió por el enfriamiento en una gelatina trasparente y temblorosa, insoluble en el alcohol y éter, muy poco soluble en el agua fria, pero que se disolvia en todas proporciones en el agua hirviendo. En resumen, unas siete mil partes de dicho líquido estaban compuestas de

97	de albúmina.
33,8	de gelatina coagulada.
3,5	de fosfato de sosa.
1,9	de hidroclorato de sosa.

»En los quistes multiloculares de tabiques casi completos se encuentra comunmente una sustancia filamentosa y albuminosa, que tiembla como la gelatina, que corre con dificultad, y que se parece á una fuerte disolucion de goma arábiga.

»Por último, en los quistes multiloculares de tabiques completos, cuyas celdillas no tienen entre sí ninguna comunicacion, se encuentran á menudo muchas sustancias diferentes. Ora contienen un líquido muy fluido, claro y cetrino; ora sanguinolento, purulento ó albuminoso; ora una sustancia adiposa, ateromatosa ó calcárea, análoga al yeso, y ora en fin una materia parecida á la yema de huevo, al queso podrido ó á la miel. Dubreuil ha visto una sustancia fungosa, parduzca, mamelonada y de apariencia inorgánica; y otra vez encontró con Duges una de las celdillas del quiste llena de una materia espesa, celulosa, de un hermoso color argentino como el que se observa en ciertos moluscos. En el mismo individuo ofrecian otras un tinte melánico. Se han visto con mucha frecuencia hidátides en una ó varias celdillas del quiste. Por último, en algunos casos se han encontrado quistes pilosos.

»A veces se hallan en un mismo quiste la mayor parte de las sustancias que acabamos de enumerar. Saltzmann describe en los términos siguientes un quiste del ovario izquierdo: «Sub »inguine sinistro conspiciebatur insignis tumor, »quem suæ alebant venæ circumjacentibus par»tibus membranis annexus, qui vinculis suis li»beratus eximebatur pendens 6 ½ libras civiles. »Erat autem tumor iste congeries plurimorum »abscessuum cysticorum, quos communis invol»vebat membrana; horum alii majores erant, »minores alii; singuli qui aperiebantur, pecu»liarem continebant materiam gelatinæ simi»lem; maximus in duorum pugnorum magni»tudinem excreverat, quem materia mucosa, »albumen ovi referente, impletum videbamus; »alius magnitudine ovum excedens melleam con»tinebat materiam, alius albam; glaucam alius, »alius subfuscam; paucis, quot apariebantur »abscesus tot diversa fere conspiciebantur con»tenta, et subinde novus abscesus novam pro»mebat materiam. Considerata hac mole etiam »in alia inquirebatur: infinite erant hinc inde »hydatides variæ magnitudinis, aliæ enim ad »nucem juglandem magnitudine accedebant, »aliæ minores inveniebantur» (*Diss. qua abscessum internum insignis magnitudinis cum hydrope in muliere nuper observatum exibet;* Estrasburgo, 1671). En esta descripcion, hecha hace casi dos siglos, se encuentran todos los caractéres que asignan los modernos á los quistes del ovario. En otro caso las diferentes celdillas de un quiste multilocular contenian: 1.° un líquido trasparente y viscoso; 2.° otro trasparente y albuminoso; 3.° otro albuminoso, turbio ó de color de chocolate; 4.° otro viscoso, pastoso y parduzco; 5.° otro pegajoso y jabonoso; 6.° grasa de un amarillo sucio; 7.° otra de un

amarillo oscuro; 8.° una masa esteatomatosa amarilla; 9.° tejido escirroso de este mismo color, sembrado de granulaciones cartilaginosas; 10.° masas cartilaginosas libres, y 11.° masas cartilaginosas adheridas (*Froriep's notizen*, número 747; 1832).

»*Lesiones de los ovarios.*—Muchas veces, como ya hemos dicho, no se encuentra ningun vestigio del ovario, que ha sido remplazado por el quiste (intra-ovárico), y otras está adherido aquel órgano á un punto de las paredes del saco (quiste estra-ovárico), pero atrofiado y endurecido, ocultándose frecuentemente á las investigaciones del observador, ó simulando una chapa cartilaginosa ó huesosa (Cruveilhier). En algunos casos mas raros solo ocupa el quiste una porcion mas ó menos considerable del ovario, encontrándose lo restante afectado de degeneracion cancerosa, esteatomatosa, etc.

»Cuando la hidropesia enquistada es simple, presenta muchas veces el ovario del lado opuesto alteraciones de naturaleza variable. Se ha visto existir en el derecho una hidropesia enquistada, y un quiste piloso en el izquierdo; y en otros casos se ha encontrado la hidropesia en uno de ellos y en el otro un cáncer (*Hufeland's journal*, t. XV, cuad. 2), un quiste piloso, esteatomatoso, etc. En 18 casos reunidos por Bluff (*De l'hidropisie de l'ovaire*, en *l'Experience*, número 25, p. 361; febrero, 1838) se halló el ovario del lado opuesto al hidrópico siete veces perfectamente sano y once con diversas alteraciones.

»*Sitio de la enfermedad.*—La hidropesia enquistada puede ser doble, de lo cual refieren algunos ejemplos Sennerto (*Oper. omn.*, l. III, part. VI, sec. 2, cap. 3), Cleghorn y Murray (*Edinb. med. and surg. journal*, número de abril; 1828), Osiander (*Neue denkwurdigkeiten*, t. II, p. 186, 1799) y Mayer (*Graef's und Walther's journal*, t. IX, cuad. 4); pero en el mayor número de casos la enfermedad ocupa un solo lado, si bien no estan acordes los autores respecto de cuál es el preferido. Meckel (*Anat. path.*, t. II, p. 272), Naumann (*loc. cit.*, página 491), Chelius y Boyer aseguran que es mas frecuente en el lado izquierdo que en el derecho; mientras que otros dicen lo contrario, apoyando su opinion en datos estadísticos.

»De treinta casos de hidropesia enquistada reunidos por Tavignot (*Bulletin de la Société anatomique*, año 15, p. 186, 187) la enfermedad ocupaba en 17 el lado derecho y en 13 el izquierdo. De 59 recogidos por Bluff (*loc. cit.*) interesaba en 31 el lado derecho, en 23 el izquierdo, y en 5 ambos á la vez.

»Cuando el tumor ovárico es muy considerable, ejerce una compresion sobre los órganos de la pelvis, de la cavidad abdominal y aun á veces de la torácica, que modifica la situacion, relaciones y forma de los mismos. Asi es que el útero se halla en ciertos casos deprimido, hasta el punto de constituir un prolapsus completo y salir al esterior, colocándose entre los muslos (Naumann); y en otros se le observa desviado, con el cuello inclinado hácia el ovario enfermo, y el fondo al lado opuesto, en una posicion horizontal. A veces, empujada la matriz hácia la cavidad abdominal, abandona la de la pelvis, y el cuello se hace inaccesible al dedo, ya se introduzca por la vagina ó ya por el recto (P. Frank, *loc cit.*, p. 313) Burns dice que este ascenso del útero solo se verifica cuando es doble la hidropesia. Estas diversas posiciones de la matriz dependen esclusivamente de la situacion y volumen del tumor ovárico. «Cuando viene á colocarse detras del útero, dice Dugast (*Diss. inaug.*, núm. 178, pág. 22; Paris, 1839), le empuja hácia delante y arriba á medida que se desarrolla; lo eleva por encima del pubis; cambia su direccion, y aun puede atrofiarlo por una presion contínua.» Ya se deja conocer que no puede verificarse una dislocacion de esta clase, sin que se prolongue la vagina y se modifique su forma y direccion. En un caso de este género observado por Duges fue tal la compresion que llegó á ejercer el tumor, que se formaron adherencias y obliteraron la vagina. Cuando por el contrario está situado en la parte anterior, facil es inferir cuáles serán los resultados. Por último, si la presion se ejerce sobre el fondo del útero, dará lugar al prolapsus de este órgano. Todos los fenómenos que acabamos de indicar se hacen mas evidentes cuando el tumor se adhiere á los órganos pelvianos, porque entonces no puede subir al abdomen sin llevarlos consigo; mientras que cuando está libre, puede abandonar fácilmente la escavacion pelviana.

»La vejiga se halla frecuentemente comprimida y dislocada; los intestinos son rechazados al lado opuesto del quiste y hácia la columna vertebral, presentando muchas veces dilataciones y estrecheces alternativas: tambien pueden dislocarse el estómago y el diafragma, y aun en ocasiones es el tumor tan voluminoso, que comprime el pulmon y desaloja el corazon.

»Muchas veces se halla el tumor unido á los órganos circunyacentes, y estos entre sí, por adherencias mas ó menos resistentes y numerosas.

»Sobrevienen ademas alteraciones terminales que luego indicaremos (V. TERMINACION).

»SÍNTOMAS.—Casi todos los fenómenos morbosos que acompañan á la hidropesia enquistada del ovario pueden referirse á un efecto mecánico, es decir, á la compresion que ejerce el quiste ovárico en los órganos circunyacentes: los síntomas estan bajo la dependencia del tumor, y varian segun su situacion y su volumen. Por lo tanto los dividiremos en tres períodos, correspondientes á otros tantos grados de desarrollo del quiste, como hicimos al describir los síntomas del hidrotorax, el cual tiene mucha analogia con la lesion que nos ocupa.

»*Tumor de corto volúmen.*—Al principio es imposible reconocer la existencia del tumor, pues se oculta á todos nuestros medios de es-

ploracion: los únicos síntomas que esperimentan las enfermas son un dolor sordo, gravativo y ligero, una sensacion de peso y de incomodidad en la region del ovario, y á veces ciertos trastornos de la menstruacion. Las reglas se hacen con bastante frecuencia irregulares, segun los autores; aparecen con intervalos cada vez mas largos; son sucesivamente menos abundantes, y al fin se suprimen del todo.

»Por nuestra parte creemos con Hervez de Chegoin, y segun nuestras propias observaciones, que los desórdenes de la menstruacion que acabamos de describir solo pertenecen á los últimos períodos de la hidropesia enquistada del ovario; pues al principio del mal hemos observado por el contrario, que es mayor la cantidad y frecuencia del flujo menstrual, sobreviniendo á menudo metrorragias abundantes y rebeldes, que constituyen un signo importante. Muchas veces tienen las enfermas varios abortos consecutivos (V. DIAGNÓSTICO). No obstante, pueden conservarse normales las reglas durante todo el curso de la enfermedad, y lo mismo sucede con la gestacion.

»Hácia el fin de este primer período adquiere ya el tumor ovárico cierto volumen, y empieza á hacerse apreciable. Por medio de la palpacion se percibe en una de las regiones laterales é inferiores del abdomen un tumor circunscrito, redondeado, elástico, comunmente indolente y sin fluctuacion. Su movilidad es estremada, y puede suceder que un dia se reconozca su existencia por medio del tacto, y al siguiente ya no se confirme. En estos casos es muy útil la esploracion rectal; pues á veces permite reconocer un tumor de cortas dimensiones situado en las partes laterales de la matriz.

»Algunos autores aseguran que las enfermas esperimentan á veces en este primer período punzadas en el pecho correspondiente al lado enfermo, y aun en ambos á la vez. Haase, dice que las mamas se hinchan y segregan un líquido lactiforme (*Chronische krankheiten*, t. III, p. 501), y Carus asegura, por el contrario, que estos órganos se deprimen y marchitan (*Gynækologie*, §. 545).

»2.º *Tumor de un volumen mediano.*—Cuando llega el quiste á adquirir un volumen algo considerable, forma una prominencia que puede apreciarse en la cavidad abdominal, á menos que permanezca sumergido en la escavacion de la pelvis, como lo han observado algunos autores; en cuyo último caso solo puede reconocerse por el tacto rectal y vaginal.

»Cuando reside el tumor en el abdomen, aparece al principio en la region iliaca en el ángulo de reunion de la rama horizontal del pubis y de la cresta iliaca por encima del ligamento de Poupart (Naumann). Su volumen varia entre el de una nuez y el de un puño, y para percibirlo bien por medio de la palpacion, es preciso que la enferma esté acostada sobre el dorso y muy encorvada hácia atrás (Naumann); comunmente es redondeado, liso y movible; da un sonido macizo por medio de la percusion; circunscribiéndolo fuertemente con los dedos se le siente prolongarse hácia la pelvis y que no está adherido á la fosa iliaca: cuando la enferma se acuesta del lado opuesto, cambia de lugar, y produce en el nuevo punto á donde se corre, una sensacion de peso, de incomodidad y un dolor obtuso.

»Este tumor modifica la forma del vientre: en el lado enfermo se presenta un abultamiento mas ó menos considerable, circunscrito, irregular ó circular, y la percusion revela un sonido macizo; mientras que en el opuesto se encuentran rechazados los intestinos y se obtiene el sonido intestinal. Algunas veces aplicando el oido se percibe un ruido de fuelle intermitente, análogo al placentario; el que, segun Bouillaud, debe atribuirse á la presion que sufren las arterias y á la dificultad que esperimenta la circulacion.

»Cuando el tumor contrae adherencias con los órganos inmediatos, deja de ser movible y suele hacerse irregular ó abollado.

»A veces nos da á conocer la palpacion dos ó tres tumores, que parecen ser completamente independientes entre sí, como si perteneciesen á órganos distintos, pero que en realidad no son otra cosa que lóbulos de un mismo quiste (quiste múltiple) (V. *Alterac. anatom.*).

»Cuando estan enfermos ambos ovarios, sea ó no idéntica su alteracion, se perciben distintamente los dos tumores mientras no son muy voluminosos; pero en el caso contrario, se reunen ambos y parecen formar uno solo.

»La fluctuacion es con frecuencia muy difícil de apreciar; siendo sobre todo muy oscura ó casi nula, cuando el tumor contiene un líquido albuminoso ó algunas de las materias semiconcretas que dejamos indicadas. Muchas veces solo puede reconocerse este signo por el tacto vaginal ó rectal.

»Por lo demas los diferentes signos que acabamos de indicar, y en general todos los síntomas, varian segun la situacion del tumor. Cuando este invade principalmente la escavacion pelviana, la palpacion y percusion abdominales no suministran mas que signos casi negativos; siendo entonces el tacto rectal y el vaginal los únicos que pueden revelar la presencia, volumen, forma, movilidad y grado de fluctuacion del tumor. El cuello uterino se halla en este caso deprimido; la compresion que sufre la vejiga produce disuria, estranguria y aun la retencion completa de orina; hay estreñimiento, y en algunos casos se desarrollan tumores hemorroidales.

»Cuando el tumor se dirige hácia la cavidad abdominal, el tacto rectal no da resultado alguno; el cuello uterino conserva su situacion habitual, ó bien está mas elevado y aun á veces inaccesible al dedo. No hay estreñimiento, no sobrevienen hemorroides ni desarreglos en la escrecion urinaria; pero la compresion

que ejerce el quiste en el estómago provoca en ciertos casos náuseas y vómitos, siendo entonces el tacto y percusion abdominales los que sirven para establecer el diagnóstico.

»En este segundo período no se observa ya comunmente metrorragias; las reglas son normales ó irregulares, menos abundantes, y á veces se suprimen.

»Está probado por numerosas observaciones que las funciones uterinas, tanto la menstruacion como la gestacion, pueden conservarse normales todo el tiempo que dura este segundo período. Morgagni, Naumann, Andre y Lizars han visto casos, en que conservaron las reglas sus caractéres habituales hasta la última época del mal. El primero de estos autores, P. Frank y Douglas, hablan de mujeres que aun padeciendo quistes ováricos considerables, se hicieron embarazadas una ó mas veces, y parieron sin accidente alguno. Gardien (*Traité complet. d'acouchements*, etc., 3.ª edic., tomo I, p. 458; Paris, 1824) dice con referencia á Gardanne, que una enferma afectada de hidropesia del ovario dió á luz cinco hijos durante su enfermedad. Se citan todavia otros ejemplos mucho mas estraordinarios, en los que ambos ovarios padecian la misma alteracion ó lesiones diferentes (P. Frank, *loc. cit.*, p. 354).

»En resúmen, por lo comun se desempeñan bien todas las funciones en este segundo período; las enfermas solo esperimentan una sensacion de incomodidad y peso en el vientre, y es muy raro que sientan en el tumor algunos dolores lancinantes irregulares. La estremidad pelviana correspondiente se halla con bastante frecuencia entorpecida y dolorosa: sus movimientos se verifican con trabajo y dificultad, y á veces se observa en ella un edema intermitente mas ó menos considerable; pero estos síntomas locales no ejercen influencia alguna en la salud general.

»Naumann (*loc. cit.*, p. 409) asegura sin embargo, que el sistema nervioso suele afectarse bastante á menudo, y que las enfermas padecen espasmos del esófago y ataques histeriformes, haciéndose irritables y melancólicas.

»3.° *Tumor de un volumen considerable.*— En este caso se halla ocupada la cavidad del vientre por un tumor manifiesto, irregular, muchas veces abollado, que rechaza y comprime todos los órganos. Boyer habla de una mujer, cuyo vientre tenia 4 pies desde el epigastrio al ombligo, y 2 desde este al pubis; y de otra en quien se midieron 6 pies y 7 pulgadas de circunferencia, y 3 pies y 4 pulgadas desde el apéndice sifoides al pubis (*Traité des maladies chirurg.*, t. VIII, p. 440).

»La forma del vientre es globulosa, sin que la modifiquen los decúbitos horizontal ni lateral.

»Es raro que el tumor pueda dislocarse: «Su inmovilidad, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 99), no solo depende de sus escesivas dimensiones, sino tambien de las adherencias bastante íntimas y numerosas, que en tales circunstancias contrae casi constantemente con las paredes anteriores y las vísceras del abdomen.»

»La fluctuacion, ora es manifiesta y fácil de comprobar, ora muy oscura; el tumor tiene á veces la dureza de una piedra (Naumann).

»Las enfermas padecen desórdenes funcionales mas ó menos graves, que deben atribuirse como hemos dicho, á la compresion que ejerce el tumor en los órganos: sobrevienen congestiones hácia la cabeza, aturdimientos y disnea (Naumann, Douglas); el obstáculo que opone el quiste á la circulacion da algunas veces á las paredes de la vagina el color de heces de vino que se ha mencionado como un síntoma del embarazo (Moreau); las funciones digestivas se alteran con frecuencia y sobrevienen vómitos, diarrea y un enflaquecimiento que contrasta de un modo singular con el enorme volumen del vientre.

»El flujo menstrual se suprime casi siempre en este último período, y no se verifica la concepcion.

»Curso y duracion.—El curso de la hidropesia enquistada del ovario es irregularmente progresivo: la duracion mas corta que indican los autores es de tres años y medio (Berger, *loc. cit.*,), y la mas comun de ocho, diez (Pauli, *Siebold's journal*, t. XVI, p. 615), quince ó aun de mas años todavia. Martineau (*loc. cit.*) habla de una mujer en quien duró veintiseis años. «En algunos casos, dice Gardien, es tan lento el desarrollo del quiste, que trascurren doce, quince y aun mas años, antes que adquiera el tumor un volumen considerable... No es raro que permanezca estacionario cuando llega á ocupar toda la cavidad del abdomen. Savatier ha inspeccionado muchas mujeres de edad avanzada, que habian tenido estos tumores por espacio de mas de cuarenta y cinco y cincuenta años sin que su salud esperimentase al parecer desórdenes notables» (Gardien, *loc. cit.*, p. 458-460): Boyer reproduce esta misma asercion (*loc. cit.*, p. 452).

»Compulsando un considerable número de hechos reunidos por Tavignot y Cazeaux parece resultar, que el curso y la duracion del mal son variables segun las diversas épocas de la vida, siendo mas agudo de los veinte á los treinta años, y revistiendo un curso crónico entre los cuarenta y cincuenta y despues de esta edad (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 105).

»Terminaciones.—A pesar de algunos hechos citados por los autores, dudamos que la hidropesia enquistada del ovario pueda desaparecer espontáneamente por medio de sudores copiosos, evacuaciones alvinas serosas, etc. Boyer (*loc. cit.*, p. 444) habla de una mujer, que habiendo sido acometida *de pronto* de una necesidad frecuente de orinar, escretó en el espacio de ocho dias una cantidad muy considerable de orina, y trascurrido este tiempo se vió curada; y Cazeauz (*loc. cit.*, p. 119) dice que el líquido contenido en el quiste ovárico puede desapare-

cer por medio de las orinas y de las evacuaciones ventrales. Pero ¿cuáles son los hechos *concluyentes*, que establecen la existencia de esta feliz terminacion? ¿Se ha formado bien el diagnóstico en las pocas observaciones que se citan? ¿Hay seguridad de que no eran casos de ascitis? Por nuestra parte confesamos, que si hubiéramos de admitir curaciones de este género, las atribuiriamos mas bien á la abertura del quiste ovárico en los intestinos ó en la vejiga, que no á un fenómeno de absorcion.

»Algunas enfermas han vomitado materias semejantes á las que se habian estraido del quiste ovárico por medio de la puncion; cuyos vómitos, segun Cloquet, Ribes, etc., pueden resultar de una *metastasis*. Pero no vacilamos en decir, aunque Emery haya comunicado á la Academia de medicina un hecho de este género, en que no pudo demostrarse por la autopsia que *existiera comunicacion alguna entre el quiste y el tubo digestivo*, que los vómitos solo pueden atribuirse á una de estas comunicaciones.

»En el caso referido por Emery, ó bien se ocultó la comunicacion á las investigaciones del autor, ó de lo contrario preferimos admitir la hipótesis de que se verificase dentro del estómago una secrecion análoga á la del quiste.

»La hidropesia enquistada del ovario puede ofrecer las diversas terminaciones que vamos á estudiar.

»1.º *Rotura del quiste.*—Este puede romperse ó desgarrarse, ya á causa de la escesiva distension de sus paredes, ó de una violencia esterior: la materia que contiene se derrama en la cavidad del vientre, y produce una peritonitis prontamente mortal. Esta terminacion es bastante rara; sin embargo la han observado Tavignot dos veces (*loc. cit.*, pág. 53), Dance (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, pág. 214), Negrier, etc. «Conservan las enfermas mas ó menos tiempo su tumor enquistado del ovario, sin sentir habitualmente mas que un ligerísimo trastorno en sus funciones, y de repente son acometidas de un dolor vivo en el lado correspondiente del abdomen, acompañado de una sensacion especial, cuya naturaleza les suele ser imposible esplicar: entonces sobreviene ese aparato formidable de síntomas de una peritonitis sobreaguda que arrebata á las pacientes en veinticuatro horas» (Tavignot).

»Vidal cita una observacion muy curiosa relativamente al diagnóstico (*Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 580). Una mujer de sesenta y dos años, afectada de una hernia umbilical irreducible, fue acometida de pronto de dolores escesivos en el vientre y vómitos; habia estreñimiento, el abdomen estaba meteorizado, la cara fruncida, el pulso pequeño, frecuente y duro, y aunque el tumor herniario aparecia blando é indolente, creyeron muchos de los médicos consultados que habia estrangulacion, y propusieron el desbridamiento; pero este fue desechado; la mujer sucumbió al dia siguiente, y en la autopsia se encontró una peritonitis aguda general, procedente de la rotura de un quiste ovárico.

»Bluff refiere dos hechos con intencion de establecer, que despues de vaciado un quiste ovárico en la cavidad abdominal, puede reabsorverse el líquido y verificarse la curacion (mem. cit., obs. 1), y que aun el mismo quiste es susceptible de vaciarse y llenarse muchas veces seguidas (obs. 33). Estrañamos que Cazeaux (*loc. cit.*, p. 114) haya podido aceptar una interpretacion de esta naturaleza, cuando carece de todo fundamento; siendo de creer que lo que habia en dichos casos era un derrame ascítico, que se tomó por una hidropesia enquistada del ovario, ó que sobrevino en el curso de esta. Es esto tanto mas probable, cuanto que el mismo Bluff coloca entre sus observaciones de hidropesia enquistada del ovario una ascitis producida por un escirro del ovario derecho (mem. cit., obs. 23).

»2.º *Establecimiento de una comunicacion entre el quiste y alguno de los órganos abdominales.*—Pueden establecerse adherencias entre el quiste y los órganos del abdomen, desarrollarse una ulceracion en los puntos en que se hallan en contacto, y resultar de los progresos del trabajo ulcerativo una comunicacion entre las partes, que permita al líquido del quiste derramarse en el órgano perforado, y salir luego al esterior, con lo cual se verifica algunas veces la curacion. En el mayor número de casos se establece la comunicacion con una de las porciones del *colon* (Bright, Tavignot, etc.); en un enfermo pareció comunicarse el tumor al principio con el *ileon* y despues con el *estómago* (Ollenroth); á menudo tambien se abre el quiste en la *vagina* (Monro, Naumann), y puede en fin verificarlo en la *vejiga*.

»3.º *Desarrollo de una peritonitis aguda.*—Cuando el tumor es muy voluminoso, determina á veces por su sola presencia una inflamacion aguda y general del peritóneo, cuya terminacion, aunque bastante rara, es siempre mortal.

»4.º *Muerte producida por simples trastornos funcionales.*—La compresion que ejerce el tumor en el tubo digestivo, y las adherencias que se establecen entre los diferentes órganos abdominales, alteran profundamente asi la digestion como la nutricion; sobrevienen vómitos y diarrea; enflaquecen las enfermas, y al fin sucumben en el marasmo y la fiebre héctica. Esta terminacion es la mas frecuente de todas.

»Complicaciones.—*Ascitis.*—Es la mas comun de las complicaciones, y depende de una inflamacion sub-aguda del peritoneo, ocasionada por la presencia del tumor ó por la compresion que sufren las venas del vientre. La ascitis hace mas intensos todos los trastornos funcionales procedentes de la accion mecánica que ejerce el quiste ovárico, y aumenta la dificultad del diagnóstico.

»*Gestacion.*—El embarazo debe considerarse como una verdadera complicacion; pues aun-

que á veces sigue su curso con regularidad, y termina por un parto feliz, no siempre sucede lo mismo.

»Cuando el tumor ovárico es considerable, se opone al desarrollo del útero, y provoca con frecuencia dolores prematuros y el aborto: ademas puede la matriz, mas y mas desarrollada, comprimir el quiste con bastante energia para ocasionarle una violenta irritacion.

»Si el quiste está sumergido en la cavidad pelviana, puede oponer grandes dificultades á la salida del producto de la concepcion, y ser causa de graves accidentes, imposibilitando muchas veces el parto natural (Cazeaux, *loc. cit.*, pág. 105).

»El embarazo, lo mismo que la ascitis, hace mucho mas difícil el diagnóstico.

»Cuando la hidropesia es simple, puede estar escirroso el lado opuesto, contener un quiste esteatomatoso, fibroso, etc. Estas diversas lesiones pueden igualmente encontrarse en una porcion del ovario que se halla hidrópico (V. *Alteraciones anatómicas*). La *trompa* del lado enfermo se altera algunas veces: se la ha visto adherida al quiste ovárico y aun dilatada por una cantidad mas ó menos considerable de líquido.

»Diagnóstico.—Mientras no adquiere cierto volumen el quiste ovárico, no escediendo por ejemplo, de una pulgada á pulgada y media de diámetro (Piorry, *Traité de diagnostic.*, t. II, p. 569), no determina trastornos en las funciones, ni hay signo alguno que revele su existencia. La palpacion del abdomen, el tacto asi vaginal como rectal, y la percusion, son igualmente inútiles para reconocerlo. Es imposible el diagnóstico, y solo se comprueba el mal despues de la muerte.

»Algunas veces se perciben por medio del tacto en el fondo de la grande y aun de la pequeña pelvis unos tumorcitos redondeados y desiguales, que se resbalan al comprimirlos con el dedo; pero no deben considerarse como una afeccion del ovario, pues son frecuentemente debidos á las materias fecales contenidas en la S iliaca ó en el intestino ciego (Piorry, *loc. cit.*, p. 566).

»Cuando se hace apreciable el tumor, es complexo el diagnóstico. Cazeaux (*loc. cit.*, p. 119) lo establece perfectamente, y adoptaremos la division que propone, añadiendo sin embargo algunas modificaciones, que no se han tenido presentes hasta ahora, y que sin embargo nos parecen indispensables. «El diagnóstico de la hidropesia enquistada del ovario, dice el autor que acabamos de mencionar, comprende: 1.º la distincion de todos los tumores abdominales que pueden confundirse con el quiste ovárico; 2.º la de las diferentes especies de quistes del ovario, y 3.º la distincion de las complicaciones.»

»*Diagnóstico de los tumores abdominales.*—Para estudiar cual conviene este punto importante del diagnóstico, creemos que es necesario tener en cuenta el volumen del tumor. Nos valdremos pues de la division que establecimos al describir los síntomas, y que como verán nuestros lectores, introduce mucho orden y claridad en la materia.

»a. *Tumor de pequeño volumen.*—Cuando por medio de la percusion, ó mejor de la palpacion vaginal é hipogástrica, se ha demostrado la existencia de un tumorcito en la pelvis, aun hay que averiguar si está formado por la matriz ó por el ovario. Esta distincion no siempre es facil, y apenas puede apoyarse mas que en probabilidades. Hé aqui los caractéres diferenciales que indica Piorry (*loc. cit.*, p. 567). Se percibe á veces que el tumor es susceptible de separarse de la matriz; los movimientos que se imprimen al útero por la vagina no se comunican al punto afecto; el cual tiene con frecuencia una gran movilidad, que le permite deslizarse facilmente en el abdomen. En este grado es imposible distinguir el quiste del ovario de un tumor de la trompa.

»b. *Tumor de un volumen mediano.*—Aqui es preciso hacer una nueva distincion, pues el diagnóstico diferencial es totalmente distinto, segun que el tumor es ó no fluctuante.

»1.º *Tumor no fluctuante.-Escirro del ovario, quiste esteatomatoso, piloso, etc.*—En estos casos es imposible el diagnóstico diferencial, y la puncion esploradora es la única que puede algunas veces ilustrar la naturaleza de la afeccion, y aun para eso es preciso que no penetre el instrumento en alguna celdilla de un quiste multilocular que contenga materias sólidas.

»*Pólipos, cuerpos fibrosos de la matriz.*—El tumor se presenta desde el principio en la línea media, es liso, ovoideo, y se le trasmiten los movimientos impresos al útero por la vagina.

»*Embarazo.*—La situacion de la matriz en la línea media, la forma del tumor, los signos que nos suministra el examen del cuello uterino, de la vulva y de los pechos, son completamente insuficientes para establecer el diagnóstico; el cual solo puede fijarse con certidumbre hácia el cuarto, quinto ó aun sesto mes suponiendo que viva el feto. «Por fortuna, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 130, la dificultad y aun la imposibilidad de un diagnóstico esacto no tiene aqui funestas consecuencias; pues en efecto lo único que debe hacerse en uno y otro caso es esperar.»

»Los movimientos activos del feto demuestran la preñez; pero muchas veces las mujeres, y aun en ciertos casos el mismo médico, se engañan acerca de este punto. Rayer (*loc. cit.*) y Bluff (*loc. cit.*, obs. 1) hablan de mujeres afectadas de hidropesia enquistada del ovario, que aseguraban sentir perfectamente los movimientos de una criatura, que sin embargo no existia.

»Los movimientos pasivos ó comunicados (tráqueo) no siempre son perceptibles.

»El ruido placentario no tiene ningun valor, pues Bouillaud ha demostrado que se oye muchas veces un ruido análogo en casos en que

solo existe un tumor mas ó menos considerable en un ovario (V. SINTOMAS).

»Los latidos del corazon del feto son el único signo que establece de un modo positivo la existencia del embarazo; pero es sabido que apenas pueden percibirse hasta despues del sesto mes.

»Es preciso pues decir con Gardien que «el tiempo es el único que puede disipar las dudas» debiendo armarse el práctico de la paciencia necesaria para aguardar sus decisiones; pues por no hacerlo se han cometido errores muy funestos. «No nos fiemos, dice Tavignot (mem. cit., p. 51), en las negaciones de las enfermas sobre la posibilidad de su embarazo, para apresurarnos á obrar; pues como la afeccion no exige por su naturaleza recursos prontos, es mejor contemporizar. Yo he sido testigo de un error cuyas consecuencias fueron terribles. Habiendo una joven consultado á un práctico de provincia sobre un tumor que segun ella se le habia desarrollado en poco tiempo en uno de los lados del abdomen, habiendo llegado á esceder de la línea media, negó rotundamente hasta la posibilidad de un embarazo; con lo cual se alucinó el profesor, y creyendo que existia una hidropesia enquistada, se apresuró á practicar la puncion, dando esta por resultado el aborto de un feto de ocho meses, y tres dias despues la muerte de la enferma.»

»Cuando el feto se halla muerto, podrá aclararse el diagnóstico teniendo en cuenta los antecedentes, el estado del cuello uterino y la sensacion de traqueo. A veces, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 132) podrán percibirse tambien las prominencias que corresponden al cuerpo del feto.

»*Preñez estra-uterina.*—Si esta ha llegado al sesto mes, el ruido cardiaco ilustrará el diagnóstico; pero seria muy dudoso antes de esta época ó si el feto estuviera muerto. Los antecedentes podrán ser de alguna importancia, sobre todo cuando haya vivido la criatura bastante tiempo para que hayan podido percibirse esactamente sus movimientos: la inmovilidad del tumor, su dureza y las desigualdades que se perciben al través de sus paredes, son otros tantos datos que no deben desatenderse» (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 132-133).

»Cuando coexiste la preñez con una hidropesia enquistada del ovario, pueden percibirse dos tumores distintos, y comprobarse en uno de ellos los signos del embarazo (movimientos y latidos del corazon); pero casi nunca se reconoce la afeccion ovárica sino despues del parto.

»*Cáncer de los intestinos.*—En este caso existen comunmente dolores lancinantes, estreñimiento y todos los síntomas de una estrechez intestinal; pero estos signos se hallan lejos de ser suficientes, y el diagnóstico es siempre muy difícil.

»*Tumor del mesenterio.*—Gardien dice que se han confundido muchas veces estas dos enfermedades; pero ignoramos qué signos pudieran aclarar el diagnóstico.

»2.° *Tumor fluctuante.—Hidropesia uterina.*—El tumor ocupa desde el principio la línea media; se eleva directamente hácia el ombligo; es ovoideo; se percibe la fluctuacion mas distintamente por la vagina, y las reglas se suprimen constantemente.

»*Distension de la vejiga.*—La situacion y forma del tumor, la rapidez de su desarrollo y la retencion de orina ó su salida gota á gota, son suficientes para evitar todo error, y en caso de duda bastaria para disiparla la introduccion de una sonda.

»*Hidropesia enquistada de las paredes abdominales.*—Algunas veces se desarrollan colecciones serosas en el espesor de la pared abdominal ó entre esta y el peritóneo. Recamier aconseja que se deprima con el borde cubital de ambas manos la línea media del vientre, y que se procure percibir la fluctuacion de un lado á otro del abdomen; pues no podrá observarse este signo cuando el líquido ocupe el espesor de las paredes abdominales.

»c. *Tumor considerable.*—1.° *No fluctuante.*—Cuando no hay datos bastante precisos sobre la situacion primitiva del tumor y la direccion que ha seguido en su desarrollo, y por otra parte no se le puede circunscribir ni reconocer que tiene su origen en la region del ovario, es imposible el diagnóstico. En las circunstancias opuestas bien puede inferirse el asiento del tumor; pero falta todavia averiguar su naturaleza.

»2.° *Tumor fluctuante.—Ascitis.*—En esta varia el líquido de lugar y se dirige á las partes mas declives; el vientre se pone abultado cuando la enferma está de pie, y se deprime su pared anterior si se acuesta sobre el dorso, formando prominencia por ambos lados. En la hidropesia enquistada del ovario no varia de sitio el líquido ni el vientre de forma, cualquiera que sea la posicion que tome la paciente.

»En los casos de ascitis, los intestinos flotan sobre el líquido á causa de ser menor su peso específico, y cambian de lugar en las diversas posiciones de la enferma. La percusion da un sonido timpánico en la region epigástrica cuando la mujer está de pie, y en la region umbilical (Frank) cuando se acuesta sobre el dorso, etc. En la hidropesia enquistada del ovario los intestinos, repelidos hácia atras ó hácia los lados, ocupan siempre unos mismos puntos (Rostan, *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, en el *Nouveau journal de medécine*, t. III, p. 215; 1818). Cuando la enferma se acuesta sobre el lado derecho, por ejemplo, en los casos de hidropesia enquistada del ovario se observa una sonoridad y elasticidad muy marcadas en el vacio y fosa iliaca del mismo lado, mientras que en la ascitis hay un sonido macizo completo en estos puntos (Piorry, *loc. cit.*, p. 640).

»Sin embargo, puede faltar este caracter di-

ferencial, 1.º cuando los intestinos no se hallan distendidos por gases y se sumergen profundamente en el líquido; 2.º cuando la coleccion de este es muy considerable, porque siendo demasiado corto el mesenterio, no permite entonces á las vísceras ponerse en contacto con las paredes, y 3.º cuando por escepcion, se interponen las asas intestinales entre la pared abdominal y el tumor del ovario (Piorry, *loc. cit.*, p. 608 y sig.).

»El sonido es mas apagado en la hidropesia enquistada del ovario que en la ascitis, y esta diferencia es bastante notable, para que podamos reconocer en los casos de complicaciones lo que pertenece á una ú otra de estas dos enfermedades (Piorry).

»La fluctuacion de la hidropesia enquistada del ovario jamás es tan notable como la de la ascitis (Cruveilhier).

»En la ascitis nunca se halla dislocado el cuello uterino.

»Por último, en la ascitis está gravemente comprometida la salud general, todas las funciones se hallan mas ó menos alteradas, las estremidades inferiores se ponen edematosas, y en fin, se averigua que procede la coleccion serosa de una alteracion de la orina, del hígado, etc.; sucediendo lo contrario en la hidropesia enquistada. Cuando la salud general de una mujer que ha padecido largo tiempo una hidropesia del abdomen, se conserva por lo demas en buen estado, puede decirse casi con seguridad que existe el mal en el ovario (Velpeau).

»*Tumores fluctuantes del hígado, del bazo y de los riñones.*—De Haen habla de un quiste del hígado que se caracterizó de hidropesia enquistada del ovario: Tavignot (*loc. cit.*, p. 51) ha visto cometerse un error semejante con un quiste del bazo, y lo propio ha sucedido con un tumor acefalocístico del riñon (Ripault), y con un cáncer encefaloideo del mismo órgano (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 126). En los casos de este género es siempre muy difícil, si no imposible, el diagnóstico, y estriba en la apreciacion de los signos conmemorativos, coexistentes, etc.

»*Diagnóstico de las diversas variedades del quiste.*—El quiste unilocular es liso y uniforme; se desarrolla mas rápidamente; adquiere un volumen mayor y ofrece una fluctuacion mas manifiesta. Lo contrario sucede en el multilocular, que es desigual, abollado, y progresa con lentitud; presenta una fluctuacion oscura ó casi nula, y desigual en sus diversos puntos, y cuando contiene en sus lóbulos sustancias diferentes, tiene tambien varios grados de dureza, y da diversos sonidos, segun la naturaleza de la sustancia á cuyo nivel se percute (Piorry, *loc. cit.*, p. 571).

»Cruveilhier no ha encontrado diferencia alguna entre la fluctuacion de los quistes serosos y la de los gelatinosos (*Anat. path.*, lib. V, testo de la lám. 3, p. 4): la presencia de hidátides se anuncia comunmente por un ruido particular.

»*Diagnóstico de las complicaciones.*—Hemos dicho que pueden existir simultáneamente en el ovario la hidropesia enquistada y una degeneracion cancerosa; pero esta no se reconoce por lo comun hasta despues de vaciado el quiste por la puncion.

»Ya hemos indicado los signos que pueden darnos á conocer la complicacion de una ascitis ó de un embarazo.

»Puede ser muy importante para el tratamiento averiguar si el tumor se halla libre ó adherido; pero por desgracia es difícil obtener un resultado cierto respecto de este punto. «La movilidad, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 136), solo existe cuando el tumor es poco considerable; y será casi nula, haya ó no adherencias, cuando la enfermedad se halle bastante adelantada para exigir una operacion.»

»Bright indica como signo de adherencia un crujido particular, un ruido de cuero nuevo, que se obtiene por la palpacion (*Medico-chirurg. transactions*, t. IX); pero Beatty (*Dublin journal*, t. VI) y Corrigan (*Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. XII, p. 226) creen que la única condicion necesaria para la produccion de este ruido es el depósito de una capa de linfa medianamente espesa y consistente en la superficie del peritóneo.

«Preciso es confesar, dice Cazeaux, que en el estado actual de la ciencia casi siempre carecemos de signos para comprobar con la esactitud que se necesita para decidirse á practicar una operacion grave: 1.º si hay degeneracion cancerosa de alguna porcion de las paredes del tumor ó de los órganos inmediatos, y 2.º si está aislado el tumor y ha contraido adherencias con las partes circunyacentes.»

»El PRONÓSTICO es siempre grave, sobre todo cuando el tumor es considerable, multilocular y adherido.

»ETIOLOGIA.—*Causas predisponentes.*—*Edad.* Boivin y Duges (*loc. cit.*, p. 527-528) dicen que la hidropesia enquistada del ovario solo afecta á las mujeres aptas para la fecundacion; pero esta asercion no es esacta, pues se ha observado por una parte en mujeres de edad muy avanzada, y por otra en niñas, y hasta puede ser congénita. Sin embargo, es raro que la hidropesia se desarrolle antes de la pubertad, y la época en que suele observarse principalmente es de treinta á cincuenta años.—*Estado civil.* Sprengel afirma que esta afeccion es mas frecuente en las religiosas y en las solteras; pero esto se halla en contradiccion con los hechos, pues en 21 casos de hidropesia enquistada del ovario se han contado cuatro solteras y diez y siete casadas.

»De lo que precede resulta que el trabajo fisiológico que se verifica durante las épocas catameniales y el embarazo parece predisponer á los ovarios á padecer hidropesias enquistadas.

»*Causas determinantes.* — Entre estas se incluyen las violencias esteriores, los golpes, las caidas sobre el hipogastrio ó el periné, la cons-

triccion que ejercen los vestidos muy apretados ó los corsés, los partos laboriosos, la aplicacion del forceps, el enfriamiento durante las reglas y todo cuanto pueda suprimir el flujo menstrual; la abstinencia del coito en las mujeres que lo desean con ardor, y todas las causas que irritan los órganos genitales.

»Esta enumeracion se apoya en algunos hechos interpretados con arreglo al adagio *post hoc ergo propter hoc*; pero cuando se trata de apreciarlos con alguna severidad, es facil convencerse de que las causas determinantes de la hidropesia enquistada del ovario se ocultan completamente á nuestra investigacion.

»Tratamiento.—El tratamiento de la hidropesia enquistada del ovario es en gran parte quirúrgico, y por lo tanto nos limitaremos á simples indicaciones, para no entrar en el dominio de la patologia esterna.

»*Tratamiento interno.* — Se han empleado contra esta enfermedad la mayor parte de las sustancias que componen la terapéutica: Bluff (*loc. cit.*, p. 364—365) cita muchas observaciones, en las que pareció deberse la curacion á los *diuréticos*, á los *purgantes*, á los *eméticos*, á la *quina*, á las *preparaciones marciales*, á las *fricciones mercuriales ioduradas*, á los *baños calientes*, á las *sanguijuelas*, etc.; pero no podemos dar crédito alguno á la eficacia de estos diversos medios, pues no hemos encontrado hechos bastante positivos para admitir la probabilidad de una curacion, que si hemos de juzgar por analogia no puede obtenerse por ningun medicamento interno.

»El único tratamiento que promete fundadamente alguna ventaja es el quirúrgico, y puede ser *paliativo* ó *radical*.

»El *paliativo* se reduce á la *paracentesis* ó *puncion*, que se practica con objeto de evacuar el líquido contenido en el quiste, y hacer que desaparezcan los accidentes debidos á la compresion que ejerce el tumor en los órganos inmediatos.

»Solo debe practicarse la puncion cuando el quiste es unilocular, ó al menos cuando los lóbulos de que consta comunican entre sí; cuando la fluctuacion es muy pronunciada y autoriza á creer que el saco encierra una sustancia fluida que saldrá fácilmente por la cánula del trocar; cuando la cantidad del líquido es muy considerable y produce accidentes graves, como la sofocacion, etc.

»Conviene no olvidar que una puncion exige otras muchas, y que la rapidez con que se reproduce el líquido está en razon directa del número de las que se hayan practicado.

»Pagenstecher estrajo de un quiste ovárico 1132 libras de serosidad en 35 punciones (*Siebold's journal*, t. VII, cuad. 1); Portal habla de una enferma, en quien era preciso practicar la paracentesis cada veinticuatro dias, estrayéndose cada vez de 12 á 14 azumbres de líquido; Hunter ha verificado 80 punciones en veintiseis años, obteniendo en este espacio de tiempo 3310 azumbres de líquido (245 en un año, 45 en siete semanas). En otros casos ha sido necesario practicarla 90 veces (Laflige), 150 (Latham) y aun 200 (Michon). Por último, una mujer sufrió 675 punciones en el espacio de trece años, saliendo cada vez de 7 á 9 azumbres de agua; de modo que resulta una masa total de 4725 azumbres de líquido, tomando por término medio 7 por cada puncion (Boyer, *loc. cit.*, p. 447—448). Antes de hacer la puncion, es preciso tener cuidado de averiguar por medio de la percusion, si se halla alguna asa intestinal entre el quiste y la pared del abdomen (Piorry).

»Sucede algunas veces que hiere el instrumento alguno de los vasos sanguíneos que tan á menudo serpean por la superficie esterna del quiste (Delpech), y otras que una chapa cartilaginosa ó huesosa se opone á la introduccion del trocar; de cuyos accidentes es preciso estar prevenido.

»Los quistes muy grandes estan casi siempre adheridos á la pared abdominal; sin embargo, es posible que falte semejante adherencia, en cuyo caso puede derramarse el líquido en la cavidad del vientre, despues de estraida la cánula. Para evitar este accidente, aconseja Jobert que se la deje por espacio de una ó dos horas, cuyo tiempo basta para que con su presencia se formen las adherencias, si es que no existian antes de la operacion.

»La paracentesis no produce comunmente por sí misma ningun accidente; sin embargo, puede ocasionar una peritonitis, la inflamacion del quiste ó un flemon de las paredes abdominales. El tratamiento de estos accidentes consecutivos nada tiene de particular.

»*Tratamiento curativo.* — «La *paracentesis*, dice Boyer (*loc. cit.*, p. 448), ha producido algunas veces la curacion; pero esto es sumamente raro.» Cita este autor un caso, en que una hidropesia del ovario que contaba once años de antigüedad, desapareció con una simple puncion, sin que volviera á reproducirse; y existen en la ciencia dos ó tres ejemplos análogos (Véase Cazeaux, *loc. cit.*, páginas 167—174).

»*Inflamacion adhesiva provocada en el quiste.*—Se ha propuesto para obliterarle, evacuar el líquido por medio de la puncion, y hacer en seguida por medio de la cánula una *insuflacion de aire* (Samel, *Hufeland's journ.*, número de octubre, 1830), *inyecciones* de vino caliente, de una disolucion de nitrato de plata, de tintura de cantáridas ó de potasa cáustica, ó bien de agua alcohólica (Jobert), y la introduccion de mechas ó bordones (Hauston, *Philosoph. trans.*, t. XXXIII, p. 5).

»Jobert ha conseguido muchas veces obliterar los quistes hidatídicos del hígado por medio de punciones sucesivas, dejando permanente la cánula despues de cada una de ellas por espacio de veinticuatro horas (Véase *Enfermedades del hígado*); cuyo procedimiento podria

tal vez en algunos casos inflamar las paredes del quiste ovárico y obliterarlo.

»El doctor Bernard ha obtenido buen resultado atravesando el tumor con un sedal (*Froriep's Noticen*; 1830, n.° 578).

»Ledran ha propuesto hacer en el quiste una *incision* bastante estensa para que salga fácilmente el líquido, y permita despues la introduccion del aire por la abertura fistulosa ó por una cánula, que se deja permanente (Portal, *Cours d'anatomie*, p. 354), á fin de que inflamando sus paredes determine su obliteracion.

»Desde luego se comprende cuan necesario es en este caso que se evite la comunicacion con el abdomen por medio de íntimas adherencias, que es preciso producir artificialmente por los procedimientos de Begin y Recamier ó por el de Trousseau (V. Cazeaux, tés. cit., p. 157).

»Se ha creido que para aplicar este método seria preferible elegir el punto mas declive del tumor, y se ha practicado la puncion por la vagina (Tavignot, *loc. cit.*, p. 57 y sig.—Recamier, *Revue méd.*, n.° de enero, 1839.—Arnott, *London medical gazette*, n.° de mayo, 1859; y *Arch. gén. de méd.*, t. V. p. 487; 1839. Schwabe, *Hufeland's journal*, 1847, n.° 12, y *Schmidt's Jahrbucher*, t. XXXVIII, p. 65; 1843.—Ogdon, *London medical gazette*, tomo XXVI, p. 348, y *Schmidt's Jahrbucher*, ibid., p. 66.—Cazeaux, tés. cit., p. 175 y siguientes).

»Esta operacion dice Cazeaux (*loc. cit.*, página 81), cuenta buenos y malos resultados. «Entre 12 casos que he podido recoger, de 3 no tengo pormenores, y de los 9 restantes resulta hasta la fecha de las noticias publicadas acerca de ellos: 1 recidiva (Nonat), 3 muertos (Vermandois, Recamier, Michon), y 5 curaciones completas (Naumann, Ogden, Schwabe, Arnott, Stoltz), á las que debe añadirse un sesto caso de A. Dubois, citado por Delpech. Sea como quiera, debe reservarse esta operacion para cuando se halle comprometida la vida de la enferma por el volumen del tumor, y en general no debe practicarse cuando sea el quiste poco voluminoso y no produzca mas que estorbo é incomodidad.»

»*Estirpacion.*—Se ha propuesto, dice Boyer (*loc. cit.*, p. 450), estirpar el ovario con el quiste hidrópico; pero basta un poco de reflexion para conocer los peligros y la imposibilidad de semejante operacion, que nunca se ha practicado, ni se practicará probablemente.»

»Pero este ilustre cirujano se engañó en sus previsiones; pues no solo se ha estirpado muchas veces el ovario en Inglaterra y América, sino que se han obtenido buenos resultados, que aunque no tan numerosos y bien establecidos que se pueda adoptar definitivamente tal operacion, son al menos bastante importantes para fijar la atencion de los cirujanos (V. Tavignot, *loc. cit.*, p. 15 y sig.-Malgaigne, *De l'Ovariotomie* en el *Journ. de chirurg.*, n.° de mayo, 1844.—Chereau, *Quelques notes relatives à l'excision des tumeurs ovariques* en el *Journal des conn. médico-chirurg.*, n.° de junio, 1844. Cazeaux, *loc. cit.*, p. 192).

»No obstante, es preciso reconocer, que ademas de los peligros que trae consigo la operacion, hay otra objecion capital, cual es la imposibilidad, en que tan á menudo se encuentra el cirujano, de decidir á punto fijo si el tumor pertenece al ovario y si no ha contraido adherencias que opongan un obstáculo invencible á su estraccion. Este obstáculo se ha presentado catorce veces en cincuenta y ocho casos, obligando á suspender la operacion (Cazeaux, *loc. cit.*, p. 196); á cuyo número de hechos adversos, harto crecido en verdad, deben añadirse los en que la abertura del vientre ha demostrado que el tumor no correspondia al ovario, y hasta que no existia tumor alguno en el abdomen (Dolhoff, *Sur la ponction et l'extirpation d'ovaires tumefies*, en el *Rust's Magasin*, t. LI, cuad. 7, 1838; y en *l'Experience*, n.° del 20 de mayo, 1838).

«No olvidemos que, si se quiere intentar la curacion radical de la hidropesia enquistada del ovario, la ciencia posee muchos medios menos peligrosos que la estirpacion, tales como la puncion vaginal por medio de un trócar cuya cánula se deje permanente por algunos dias en el quiste, y la incision practicada por el método de Begin. En una palabra, aunque no puede desecharse la estirpacion de un modo absoluto, es preciso convenir en que no conviene recurrir á ella sino en casos escesivamente raros y en condiciones escepcionales que no pueden preverse de antemano.» Por nuestra parte adoptamos completamente esta conclusion de Cazeaux.

»Naturaleza y asiento.—Es muy difícil esplicar la formacion de los quistes estraováricos; pues en efecto ¿cómo admitir que una peritonitis parcial pueda limitarse esactamente á las dimensiones del quiste, sin producir constantemente adherencias y desviaciones orgánicas? Pregunta Velpeau si serán acaso estos quistes vesículas seminales estraviadas en el abdomen, que arrastren consigo el peritoneo al apartarse del punto de su orígen. De Fremery creia que los quistes estraováricos, mucho mas frecuentes segun él que los intraováricos, eran una bolsa membranosa formada por la dilatacion de los ligamentos anchos, á cuyos órganos corresponde, segun este autor, todo quiste ovárico que llega á adquirir bastante volumen para que se perciba la fluctuacion; pues en la hidropesia ovárica propiamente dicha nunca puede acumularse suficiente serosidad, para que se haga sensible dicho signo.

»Gardien se adhiere tambien á esta teoria: «La causa de semejante hidropesia, dice este médico, residiria en tal caso en la estructura de los ligamentos anchos, que estan formados por una duplicatura del peritóneo, y su modo de formarse seria absolutamente análogo al de

la ascitis. La inflamacion de los ligamentos anchos y la del ovario, que casi siempre produce la de su cubierta esterna suministrada por dichos ligamentos, es la causa ocasional mas comun de esta coleccion serosa. Puédese igualmente colocar entre las causas capaces de producirla, todas las que son susceptibles de ocasionar la degeneracion y tumefaccion del ovario» (*loc. cit.*, p. 455).

»Tampoco se halla mejor establecido el orígen de los quistes ováricos. El autor que acabamos de mencionar (*loc. cit.*, p. 452) piensa que «la bolsa membranosa, cuyo desarrollo accidental forma el quiste en las hidropesias enquistadas, no es al principio otra cosa que una ó muchas células del tejido mucoso (celular) esparcido en el órgano donde reside el mal, en las cuales se acumula el líquido, por haberse trastornado las leyes de las funciones de exhalacion y absorcion que les estan confiadas.» Boivin y Duges se preguntan si serán los quistes un producto de nueva formacion, creándose por decirlo asi, á espensas de todas las partes del ovario, ó si solo procederán del desarrollo morboso de una ó muchas de las vesículas de Graaf. La primera teoria es la que á estos autores les parece mas probable (*loc. cit.*, p. 526); pero las investigaciones modernas han hecho que prevalezca la segunda, la cual se halla generalmente adoptada en la actualidad.

»Historia y bibliografía.—Los antiguos confundian la hidropesia enquistada del ovario con la ascitis y los diversos tumores abdominales; sin embargo Morgagni (*De sedibus et causis morborum*, carta XLVII) y de Haen (*Ratio medendi*) indicaron sus síntomas con tal esactitud, que apenas se han mejorado despues sus descripciones. A la escuela anatomo-patológica se deben las minuciosas investigaciones que han ilustrado la historia de los quistes ováricos; pero se hallan consignadas en observaciones particulares, que no tratamos de enumerar aqui, como tampoco las memorias que solo se ocupan de un punto limitado del estudio de la hidropesia enquistada del ovario.

»Ya hemos indicado suficientemente en nuestro artículo las obras que hemos consultado. Tambien merecen leerse los artículos consagrados á la hidropesia enquistada del ovario por Boyer (*Traité complet des maladies chirurg.*, t. VIII, p. 437), Gardien (*Traité complet d'accouchements*, t. I, p. 450), Boivin y Duges (*Traité pratique des maladies de l'uterus et de ses annexes*, p. 519). La memoria de Bluff (*de l'Hidropisie de l'ovaire d'àpres les observations modernes*, en *l'Experience*, número del 25 de febrero, 1838) contiene numerosas indicaciones bibliográficas; pero se hallan reunidos en ella sin discernimiento hechos muy desemejantes. Haremos particular mencion del trabajo de Tavignot (*de l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, etc., en *l'Experience*, número del 24 de julio, 1840), de la obra de Lisfranc (*Clinique chir. de la Pitié*, t. III, p. 691: Paris, 1843), y sobre todo de la tésis de Cazeaux (*Des kistes de l'ovaire*, tés. de agregacion; Paris, 1844).» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 248-262.)

ARTICULO QUINTO.

Quistes diversos del ovario.

»Se han encontrado muchas veces en los ovarios quistes llenos de una *materia grasa* parecida al sebo, *pelos*, *dientes*, *uñas*, *pedazos de piel* y *huesos*. La historia de estos quistes es esclusivamente anatomo-patológica, y pertenece á la obstetricia y á la cirujia.

»Comunmente son de corto volumen, en cuyo caso no llegan á conocerse sino despues de la muerte, ó si pueden apreciarse durante la vida, es imposible distinguirlos del cáncer del ovario ó de la hidropesia enquistada incipiente. Cuando adquieren dimensiones considerables, los trastornos funcionales que producen son debidos á la compresion que ejercen en los órganos, y tampoco pueden distinguirse de los quistes sero-fibrosos. Solo en casos escepcionales, en que el quiste encerraba huesos voluminosos susceptibles de apreciarse por medio de la palpacion, es cuando se ha podido sospechar la naturaleza del mal.

«No he encontrado en los autores, dice Cazeaux (*loc. cit.*, p. 51), ninguna observacion en que se halle establecido de un modo positivo el diagnóstico de estos quistes. Cuando á causa de una hipersecrecion de sus paredes adquieren un volumen muy considerable, determinan iguales síntomas que la hidropesia enquistada, y mientras no se abran espontánea ó artificialmente, es imposible salir de dudas.»

»Se han hallado con frecuencia *hidátides* en los ovarios. Comunmente son en corto número y no ocupan mas que una ó muchas celdillas de un quiste multilocular; sin embargo algunas veces se hallan encerradas en una bolsa única. La historia sintomática y terapéutica de los quistes hidatíferos del ovario se confunde enteramente con la del quiste sero-fibroso. La presencia de los acefalocistos solo puede reconocerse durante la vida, cuando la palpacion del abdomen produce el estremecimiento particular que han descrito Tarral y Piorry (V. *Acefalocistos del ovario*).

»Encuéntranse en los ovarios cuerpos fibrosos de un volumen muy variable. Cruveilhier ha visto uno que pesaba 46 libras. Esta alteracion no puede distinguirse durante la vida de los quistes sero-fibrosos no fluctuantes, ni de los cuerpos fibrosos del útero.

«Hay tal analogia, dice Cruveilhier, entre los cuerpos fibrosos del útero y los del ovario, que es imposible determinar *à priori* el verdadero asiento del tumor. Hasta inspeccionando las partes anatómicamente, es algo difícil hacer esta distincion» (*Dic. de méd. et de chir. prat.*, t. XII, p. 413-414).

»Los ovarios pueden contener *concreciones calcáreas*. Cuando son pequeñas, solo se conocen despues de la muerte; pero si por el contrario son voluminosas, forman un tumor ovárico cuya presencia y asiento pueden determinarse, pero no su naturaleza. Saviard dice haber encontrado en un ovario una masa de materia parecida al yeso, que pesaba 6 libras.

»Los ovarios pueden presentar *chapas fibro-cartilaginosas, cartilaginosas* y *óseas*, siendo posible que se hallen trasformados completamente en uno ú otro de estos tejidos. «Los puntos de osificacion ó los depósitos cartilaginosos, son en general, dice Velpeau (*Dic. de méd.*, t. XXII, p. 598), poco voluminosos, y ocupan la membrana propia ó subperitoneal del ovario. Los primeros son los mas raros; y por el contrario se encuentran con bastante frecuencia masas considerables trasformadas de este modo; pero entonces se hallan situadas en quistes fibrosos, esteatomatosos, en masas escirrosas, etc.»

»Estas producciones morbosas solo se han demostrado por la autopsia.» (Monneret y Fleury, *Compendium*, etc., t. VI, p. 262).

ARTICULO SESTO.

Tubérculos de los ovarios.

»Louis ha encontrado tubérculos en los ovarios de la vigésima parte de 350 cadáveres, correspondientes á individuos tuberculosos. Lombard solo los ha visto dos veces en cien cadáveres de adultos, y ninguna en otros tantos de niñas. Tambien los han observado Boivin y Duges, Tonnellé (*Journal hebdomadaire*, t. V, p. 149; 1829), y Dugast (tés. cit., p. 13).

»Nada sabemos acerca de su historia» (Monnerbt y Fleury, sit. cit., p. 267).

ARTICULO SETIMO.

De la melanosis de los ovarios.

«Se encuentran muchas veces, dice Andral (*Précis de anat. pathol.*, t. I, p. 470), en uno ó varios puntos de un ovario una ó mas pequeñas cavidades, llenas de sangre derramada, la cual es líquida, unas veces roja y otras de un color gris mas ó menos oscuro. Las paredes de estas cavidades se hallan cubiertas de sangre coagulada, cuyo color es mas subido por el solo hecho de su coagulacion.»

»Pero en otros ovarios, la sangre que llena estas mismas cavidades ha perdido su liquidez y se halla enteramente coagulada; en muchos casos está reducida á una corta porcion de fibrina blanquecina, pudiéndose creer á primera vista que ha sido reabsorvida la materia colorante, hasta que se la encuentra depositada en las paredes de la cavidad en forma de una capa pulposa, roja, oscura ó negra. Otras veces parece que no se verifica esta especie de separacion de los elementos de la sangre, y toda la cavidad está ocupada por un coágulo negruzco. Este adquiere en ciertos puntos una consistencia mas ó menos considerable, y se trasforma poco á poco en una concrecion negra y muy dura. Llega una época en que la sangre varia tanto de aspecto, que podria preguntarse si semejante cambio era debido á una verdadera creacion de nuevos materiales, que no existiesen en ella cuando saliera de sus vasos. Sea de esto lo qué quiera, resulta evidentemente de estas modificaciones un producto negro, mas ó menos duro, enteramente análogo al que constituye en otros órganos la melanosis.»

»Admitiendo la teoria que se halla generalmente adoptada en la actualidad, la descripcion que hace Andral solo puede aplicarse á la melanosis falsa» (Monneret y Fleury; *Compendium*, etc., t. VI, p. 263).

ARTICULO OCTAVO.

Del cáncer del ovario.

»Encuéntranse en los autores antiguos algunas observaciones descritas con el nombre de *cáncer del ovario*; pero pertenecen manifiestamente á diversas alteraciones, como quistes fibrosos, fibro-cartilaginosos y esteatomatosos; pues el cáncer del ovario es muy raro y mas todavia el escirro. Burns no ha encontrado un solo caso de este último, y Lisfranc solo ha visto 8 de cáncer ovárico (*loc. cit.*, p. 714). Cruveilhier dice que este, mucho menos frecuente que el del útero, con el que rara vez coincide, existe casi siempre en forma de materia encefaloidea (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. II, p. 414). Por lo demas nadie ha hecho todavia la historia de esta afeccion; los autores de diccionarios apenas la mencionan, y los nosógrafos la pasan completamente en silencio. Los elementos de la corta descripcion que vamos á hacer, los hemos tomado de algunas observaciones aisladas que se encuentran en las colecciones periódicas. Tambien nos han sido útiles la obra de Naumann y la de Lisfranc.

»Alteraciones anatómicas.—*Escirro.*—Hidley dice haber visto un ovario escirroso que pesaba 37 libras (Haller, *Elementa phisiol.*, t. VII, p. 110). Hofer describe una alteracion al parecer de naturaleza escirrosa, en la que el ovario derecho tenia 13 pulgadas en su diámetro horizontal, rechazaba el hígado hácia arriba, los intestinos hácia atrás y á la izquierda, y pesaba 8 libras: el tumor estaba rodeado esteriormente por una red de vasos sanguíneos bastante desarrollados, y era desigual, abollado, y constituido por la reunion de muchos tumores, cuyo volumen variaba entre el de un guisante y un huevo de gallina. Estos tumores eran duros, resistiéndose considerablemente al escalpelo; algunos contenian una especie de concreciones calcáreas, y otros estaban reblandecidos en su centro, donde se hallaba cierta

cantidad de un líquido verdoso y fétido (*Wurtemberg medic. Correspondenzblatt*, n.° 34; 1832). Lisfranc ha visto un ovario carcinomatoso y escirroso que pesaba 60 libras. Rarísima vez se ulcera el tumor (Copland, *A Dictionary of practical med.*, t. II, p. 929).

»*Encefaloides.*—Comunmente presenta el tumor un volumen muy considerable. Schneider ha encontrado el ovario izquierdo trasformado en una masa de 18 libras de peso, irregular, abollada, recorrida por muchos vasos sanguíneos, y formada por una sustancia semejante á la pulpa cerebral (Naumann, *loc. cit.*, p. 427). Van den Bosch ha visto una degeneracion del ovario, constituida por la reunion de muchos tumores encefaloideos, cuya masa total pesaba 102 libras (*Journal der auslandischen medic. und chirurg. literattur.*, t. II, p. 181). Wallner (*Hecker's litterarische Annal.*, cuad. 10; 1827) y Eckstrom (*Handbuch der klinik.*, t. VII, página 501) describen tumores encefaloideos del ovario, que llenaban la pequeña pelvis y casi toda la cavidad abdominal.

»Se han encontrado reunidos en un mismo tumor del ovario los tejidos escirroso y encefaloideo (Lisfranc), y algunas veces existen simultáneamente el escirro, la materia encefaloides, el tejido fibroso, chapas fibro-cartilaginosas y masas esteatomatosas (Meckel, Andral, Velpeau). Maingoult habla de un tumor del ovario que pesaba 75 libras, cuya capa esterior estaba formada por sustancia encefaloides, y su centro por masas esteatomatosas, tuberculosas, fibrosas y sarcomatosas (*Bull. des sc. méd.*, tomo XIX, pág. 394). En el caso observado por Schneider (*loc. cit.*) el tejido encefaloides contenia masas esteatomatosas y quistes hidatídicos. Marshall-Paul ha visto un quiste piloso, rodeado por una masa encefaloides enorme, en la que estaban confundidos ambos ovarios (*North. American med. and phys. journ.*; 1828, número de enero).

»*Tejido erectil.* — Sabido es que los autores ingleses describen el tejido erectil como una forma de degeneracion cancerosa. El ovario alterado de este modo forma un tumor mas ó menos considerable, cuya testura se parece á la del bazo de los escorbúticos (Wardrop). En un caso se encontró un tumor de esta especie del volumen de un huevo de gallina, que presentaba una desgarradura, por la que se habian derramado en la cavidad abdominal unos seis cuartillos de sangre negra (*Nouvelle bibl. méd.*; 1826, número de julio). Romberg refiere tambien una observacion análoga, en la que formaba el ovario derecho un tumor del volumen de una nuez, que se dislaceró derramándose en la pequeña pelvis como dos onzas de sangre: la vena espermática interna correspondiente tenia el volúmen del dedo pequeño (*Casper's Wochenschrift*, núm. 7, p. 137; 1833).

»El útero, la vejiga y el recto, pueden tambien participar de la degeneracion cancerosa, que ora empieza en uno de estos órganos, propagándose despues al ovario, ora invade primero á este último, estendiéndose en seguida á los demas órganos de la pelvis. El cancer del ovario va casi siempre acompañado del de la trompa (Lisfranc).

»Se ha visto al ovario degenerado contraer adherencias con la pared abdominal, perforarla y formar prominencia al esterior (Naumann, *loc. cit.*, p. 430). Solo hemos ennontrado un caso de cancer que ocupase ambos ovarios (Marshall-Paul, *loc. cit*), y no hemos comprobado diferencia alguna entre ambos lados.

»SÍNTOMAS.—Los únicos que se observan al principio, y mientras no adquiere el tumor un volumen considerable, son los trastornos de la menstruacion. Las reglas se hacen irregulares, en ciertos casos disminuyen cada vez mas, manifestándose solo de tarde en tarde, y en otros, por el contrario, son mas frecuentes, produciendo hemorragias que no dejan de tener alguna gravedad. Cuando la degeneracion está ya muy adelantada, se suprimen comunmente las reglas, y sobreviene una leucorrea uterina copiosa y muy fétida. Algunas veces se observan accesos histeriformes (Naumann, *loc. cit.*, p. 421).

»Cuando la degeneracion llega á cierto grado, se percibe en el punto correspondiente al ovario enfermo un tumor mas ó menos voluminoso, duro, desigual, abollado, sin fluctuacion, que percutiéndolo da un sonido macizo, y que es bastante movible y se prolonga, perdiéndose en la pequeña pelvis. En los casos en que adquiere mucho volumen, puede ocupar gran parte del abdomen.

»La compresion que ejerce el tumor en los vasos abdominales y en los nervios del muslo correspondiente, produce á veces hidropesias y una sensacion de hormigueo y entorpecimiento en el miembro inferior. Es raro que se sientan dolores en el ovario enfermo. Sin embargo, en el cancer encefaloideo existen con bastante frecuencia dolores lancinantes vivos, que se estienden á la matriz, á la vulva, á los lomos, al pecho, y á veces á la cabeza (Lisfranc, *loc. cit.*, página 716).

»La presencia del tumor dificulta en ciertos casos notablemente el curso de las materias estercorales y la emision de la orina.

»CURSO, DURACION Y TERMINACION. — El curso del escirro es por lo comun muy lento, y por consiguiente muy larga su duracion: la materia encefaloides puede por el contrario desarrollarse con bastante rapidez, y concluir con las enfermas en algunos meses.

»La muerte es la terminacion constante del cancer del ovario; se alteran las digestiones; se enflaquecen las enfermas; caen en el marasmo y la fiebre héctica, y sucumben con todos los caractéres propios de la caquexia cancerosa.

»Sin embargo, esta funesta terminacion es casi siempre debida al desarrollo primitivo del cáncer en el útero, el recto, la vejiga, etc.

»DIAGNÓSTICO.—Es casi imposible, como di-

cen con razon Naumann y Lisfranc, distinguir el cancer del ovario de los diversos quistes que ocupan este órgano; pues el sonido macizo muy marcado, la dureza del tumor y las abolladuras y desigualdades que presenta, son signos que estan lejos de tener un valor positivo. La presencia de dolores lancinantes, y la existencia de un cáncer de la matriz, del recto ó de la vejiga, pueden hacer algo probable el diagnóstico.

»Cuando coincide con el embarazo, apenas puede reconocerse sino despues del parto: si va acompañado de una ascitis, por lo comun no se averigua su existencia hasta que se hace la autopsia del cadaver.

»El PRONÓSTICO es siempre funesto.

»Nada sabemos sobre las CAUSAS del cancer del ovario, si se esceptuan los casos en que se ha propagado á él la enfermedad desde algun otro órgano de la pelvis.

»La estirpacion del tumor es el único TRATAMIENTO que puede emplearse con alguna esperanza de buen éxito en el cáncer del ovario (V. *Hidropesia enquistada)* » (MONNERET Y FLEURY, *Compendium*, etc., t. VI, p. 246—248).

ARTICULO NOVENO.

De los acefalocistos del ovario.

»Reina la mayor confusion con respecto á los hidátides del ovario, porque se han designado con este nombre vesículas, que no tienen entre sí sino relaciones muy remotas. No obstante, los acefalocistos ofrecen una estructura que los da fácilmente á conocer.

»Ningun órgano está mas dispuesto que el ovario á la formacion de quistes de toda especie. Ora parece que una de las vesículas de este órgano se ha distendido para constituir una bolsa llena de líquido; ora existe en este saco una porcion de celdillas, llenas de un humor cuya consistencia varia desde la de simple serosidad hasta la de materia cremosa; ora en fin contienen estas vesículas una sustancia ateromatosa, pelos, ó restos de un feto. Basta el examen mas superficial para no confundir los acefalocistos con estos quistes, cuya estructura es tan diferente.

»Cuando los acefalocistos del ovario adquieren mucho volumen, se aplican las trompas á una de sus paredes; las siguen en su desarrollo, y se establecen adherencias con la vagina, el recto y la matriz. Se ha visto al líquido contenido en el quiste pasar á la cavidad del útero por medio de una comunicacion establecida con la trompa (*Dic. de méd. et de chir. prat.*, p. 256). Asi es como pueden esplicarse los casos de hidropesias de los ovarios que se han vaciado en la matriz. Las bolsas de los acefalocistos estan muy espuestas á la inflamacion: se altera el líquido, tomando un aspecto puriforme; perecen las lombrices vesiculares, y la supuracion que sobreviene suele terminar la enfermedad de un modo funesto.

»Los síntomas que revelan la existencia de un acefalocisto del ovario son casi los mismos que los de la hidropesia enquistada, con la cual es casi imposible no confundirle. Algunas veces se puede reconocer la naturaleza del mal, cuando se percibe el quiste al través de las paredes de la vagina y del recto. Al principio se desenvuelve el tumor en la pequeña pelvis, ocupando uno de sus lados; se anuncia por dolores que se presentan mucho tiempo antes que el tumor del vientre. Con el auxilio del tacto se percibe la fluctuacion, que al cabo se hace apreciable; pero es preciso guardarse en este caso de referir á un tumor de este género la fluctuacion á que puede dar lugar la hidropesia ascitis. El acefalocisto del ovario se manifiesta al principio en un lado del vientre, y esta circunstancia ilustra su diagnóstico: impide con frecuencia la escrecion de las orinas y de las materias fecales. A veces se percibe muy bien la fluctuacion colocando un dedo en la vejiga, y percutiendo al mismo tiempo el tumor en la region hipogástrica.

»TRATAMIENTO.—Laporte y Morand han propuesto la estirpacion de los ovarios enfermos. Parécenos esta operacion impracticable, en razon del considerable volumen que puede adquirir el tumor, y sobre todo de las adherencias que le unen á los órganos inmediatos. Habiendo encontrado Roux un tumor que formaba prominencia por el lado izquierdo de la vagina, y sospechando que estaba formado por un quiste, practicó en él una incision en forma de T, y la enferma tardó poco en recobrar la salud (*Clinique des hôpitaux*, t. II, núm. 46). Ultimamente Cruveilhier, fundado en el éxito de esta atrevida operacion, piensa que «si hubiese probabilidades de la existencia de un quiste hidatídico ó seroso, se podria intentar una puncion esploradora con un trocar muy delgado, agrandando ó ensanchando despues la abertura, si la salida de un líquido trasparente demostrase la existencia de un quiste.» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium*, etc., t. I, p. 15).

GÉNERO QUINTO.

ENFERMEDADES DEL UTERO.

»Muchas enfermedades del útero pertenecen manifiestamente á la patologia esterna; otras estan colocadas en los límites, difíciles á menudo de fijar, que separan la medicina de la cirujia, y otras finalmente entran en realidad en el cuadro de la patologia interna.

»Obligados á elegir, y no teniendo ninguna regla que nos guie, ni precedente alguno de suficiente autoridad, no nos hacemos la ilusion de haber satisfecho todas las exigencias; pero hemos tratado de no desviarnos de la linea adoptada en muchas circunstancias análogas.

»Dividiremos pues nuestro trabajo en dos ca-

pítulos: en el primero nos ocuparemos de las enfermedades uterinas consideradas en general, y en el segundo describiremos en particular cada una de las *afecciones médicas* de la matriz: A. Lesiones de la menstruacion: 1.º amenorrea; 2.º metrorragia; 3.º dismenorrea.—B. Lesiones de la inervacion: 1.º hiperestesia; 2.º neuralgia.—C. Lesiones orgánicas: 1.º dislocaciones; 2.º congestion; 3.º infarto; 4.º catarro; 5.º inflamacion; 6.º reblandecimiento; 7.º ulceraciones; 8.º tubérculos; 9.º cáncer. — D. cuerpos estraños: 1.º fisometra; 2.º hidrometra; 3.º cálculos; 4.º acefalocistos.

»Dejaremos á un lado los *vicios de conformacion*, los *pólipos*, los *cuerpos fibrosos*, la *rotura*, la *hernia*, las *fístulas*, la *inversion*, etc.; es decir, todas las afecciones que reclaman esclusivamente los recursos de la cirujia, y las que directamente se refieren á la gestacion ó al parto.

CAPITULO I.

De las enfermedades uterinas en general.

»*Propter solum uterum mulier id est quod est.* Este adagio, que ha servido de base al estudio fisiológico y patológico de la mujer, carece de esactitud en sentir de algunos de los observadores que se han ocupado últimamente de los fenómenos de la menstruacion y de la fecundacion; pues segun ellos debe darse al ovario la importancia que se habia concedido á la matriz.

»Sin negar la importancia del papel fisiológico que representa el ovario, ni poner en duda ninguna de las funciones atribuidas á este órgano, creemos que debe conservarse al útero la supremacia que le daban los antiguos, y que á lo menos en patologia nos parece incontestable. ¿Quién ignora cuánto mas frecuentes son las enfermedades del útero que las del ovario, y cuánto mas comunes y marcados los fenómenos morbosos locales y de reaccion del primero de estos órganos? Y por otra parte ¿no vemos cuánto se modifican las funciones del ovario á consecuencia de las lesiones del útero, al paso que las funciones de este último apenas reciben influencia de las enfermedades del primero?

»Si en estos últimos años han exagerado algunos autores la frecuencia y la importancia de las enfermedades de la matriz, no por eso hemos de caer, á imitacion de otros autores, en el estremo opuesto. Todos los médicos ilustrados é imparciales saben cuán ancho campo debe concederse á las afecciones uterinas en la patologia de la mujer, bastando ya para poder presumir su estension el conocimiento de la estructura y funciones de la víscera de que tratamos. «Obsérvese, dice Duparcque, que en la matriz pueden presentarse todos los géneros de lesiones físicas y vitales y de alteracion orgánica, que se observan en los demas órganos de la economia. Esta predisposicion morbosa depende de la disposicion anatómica y de la composicion orgánica del útero. Encuéntranse en él: tejido seroso y mucoso, una trama célulo-fibrosa, sistema vascular susceptible de gran desarrollo, vasos linfáticos, nervios del doble aparato cerebro-raquidiano y gangliónico, y por último un tejido propio de naturaleza muscular. Puede pues presentar el útero todas las enfermedades de que son susceptibles dichos tejidos en particular y cada uno de los citados sistemas orgánicos» (*Traité theor. et prat. sur les alter. organ. simples et cancereuses de la matrice*, p. 2; Paris, 1839).

»El cuadro que vamos á trazar justificará bastante nuestra opinion, para que podamos dispensarnos de entrar aqui en pormenores mas estensos.

»Síntomas.—Los numerosos fenómenos que acompañan á las enfermedades del útero pueden dividirse en *locales*, *generales*, *simpáticos* y *mecánicos*.

»*Síntomas locales.* — *Dolor.* — El dolor se siente en el hipogastrio y en el periné, estendiéndose en la direccion de los ligamentos largos y de los redondos; puede ofrecer todas las variedades conocidas de intension y naturaleza: ora es vivo y agudo, ora sordo y obtuso; continuo, remitente ó intermitente; lancinante, gravativo ó de cualquier otro caracter; muchas veces consiste en una simple sensacion de incomodidad, de desazon local, de tirantez penosa y de peso; en ocasiones se aumenta por la presion en el hipogastrio, por el tacto vaginal y rectal, por el coito, por la proximidad de la regla, por la progresion, por la accion de sentarse, por el ejercicio en carruaje, ó á caballo; por el estreñimiento, por las variaciones atmosféricas y por la humedad. Otras veces le modifican poco ó nada estas diferentes circunstancias.

»En las afecciones uterinas es el dolor un síntoma inconstante, variable, y constituye un elemento de poco valor para el diagnóstico. Muchas veces acompaña á una alteracion leve, á una úlcera simple y superficial de cuello del útero, un dolor violento y persistente; y otras durante el curso y aun al fin de una afeccion muy grave, de una degeneracion orgánica, no se manifiesta semejante síntoma. Algunas mujeres han llegado hasta la terminacion funesta de un cáncer uterino, sin haber sentido ningun padecimiento local.

»Sin embargo, un dolor *muy vivo*, que se reproduce por accesos, en épocas mas ó menos distantes, es uno de los caractéres de la neuralgia uterina; asi como un dolor muy fuerte y continuo debe hacer creer que existe una metritis aguda ó mas bien una metro-peritonitis, y un dolor lancinante un cáncer uterino.

»En resúmen, los dolores locales deben dirigir la atencion del médico hácia el útero; pero su falta no le autoriza para suponer *à priori* que el órgano está sano.

»*Menstruacion.*—Es muy variable la influencia de las enfermedades del útero en la menstruacion: ora se halla aumentado este flujo sanguíneo, ora disminuido ó suprimido; á veces viene acompañado de dolores muy vivos, de una exasperacion marcada de los síntomas propios de la afeccion uterina, y otras por el contrario produce un alivio notable: «casos hay en que, algunos dias antes ó despues de la menstruacion, y mientras se verifica esta funcion, padecen poco ó nada las mujeres» (Lisfranc, *Clinique chir. de l'hôpital de la Pitié*; Paris, 1842, t. II, p. 384). La menstruacion puede hacerse irregular aproximándose ó alejándose sus épocas; pero tambien puede permanecer perfectamente normal aunque haya una lesion uterina muy grave; lo cual es tanto mas digno de conocerse, dice Lisfranc (*loc. cit.*), cuanto que todavia hay médicos que pretenden que ejerciendo la matriz sus funciones regularmente, no puede ni debe estar enferma.

»Asegura Lisfranc (*loc. cit.*, p. 385), que las mujeres afectadas de enfermedades del útero, padecen *ordinariamente* muchas incomodidades inmediatamente despues de terminadas las épocas menstruales y á menudo durante los ocho dias que siguen á cada período. Lisfranc atribuye este fenómeno á una congestion uterina producida por las reglas, y le hace servir de base de su doctrina de las sangrias revulsivas. Creemos espresar la opinion del mayor número de observadores, diciendo que *por lo comun*, durante los ocho dias que preceden á la aparicion de las reglas, es cuando padecen mas las enfermas; mientras que se encuentran aliviadas en la época menstrual y despues de ella. Ya volveremos á tratar de esta cuestion, que no deja de tener importancia relativamente á la medicacion adoptada por Lisfranc.

»En resúmen, sucede con el flujo menstrual lo que con el dolor: un desarreglo de la menstruacion debe hacer temer una enfermedad uterina, sin que por esto pueda asegurarse que existe; no habiendo tampoco relacion constante entre el grado de la alteracion de los menstruos y la naturaleza ó la gravedad de la enfermedad. Ni la menstruacion regular y normal es prueba de hallarse íntegra la matriz.

»Las enfermedades del útero son muy raras antes de la aparicion de las reglas y por mas que hayan dicho muchos autores, son mas frecuentes antes que despues de la edad crítica.

»*Fecundacion.*—La hipertrofia, la congestion, la neuralgia, el catarro, la metrorragia, las granulaciones y las úlceras, se consideran como causas frecuentes de esterilidad; pero por otra parte vemos verificarse la concepcion en mujeres afectadas de úlceras graves, de un cáncer ya adelantado, etc. «En vista de muchos hechos, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 444), me he persuadido de que la hipertrofia blanca, simple ó escirrosa, de la matriz es una causa escesivamente frecuente de esterilidad; siendo igualmente cierto, que despues de la curacion de las enfermedades del útero, son frecuentísimas las preñeces.

»Una dislocacion uterina considerable puede oponer un obstáculo mecánico á la concepcion.

»*Gestacion.*—En general las enfermedades del útero comprendidas en nuestro cuadro ejercen por sí solas poca influencia en la gestacion; algunas mujeres tienen una úlcera antigua y profunda ó un cáncer uterino adelantado, y sin embargo paren felizmente y en la época regular. Son bastante frecuentes los abortos en las enfermas que han tenido muchas metrorragias; pero en estos casos creemos que no depende tanto el accidente de la lesion de la matriz, como del estado anémico en que se encuentran las mujeres. Lo mismo creemos que sucede respecto de la congestion, la hipertrofia, el catarro, etc.; pues en general no se verifican los abortos, sino cuando en virtud del desórden nutritivo han enflaquecido las enfermas y perdido sus fuerzas (V. *Síntomas generales*).

»*Metrorragia.*—La metrorragia acompaña frecuentemente á la congestion, la hipertrofia, el reblandecimiento, el cáncer y las úlceras graves; es mas ó menos abundante, mas ó menos frecuente, segun la naturaleza y grado de la lesion local, y segun la edad, la fuerza, la constitucion y el estado general de la enferma (V. *Metrorragia*).

»La metrorragia es entre todos los síntomas locales el mas importante, el mas significativo y el que mas debe llamar la atencion del médico hácia la matriz.

»*Leucorrea.*—La mayor parte de las enfermedades del útero vienen acompañadas de un flujo, cuyos caractéres varian singularmente; pudiendo ser seroso, mucoso, mucoso-purulento, puriforme, purulento, sanguinolento, blanco, amarillento, verdoso; inodoro ó fétido; poco abundante ó muy considerable. Ora es continuo; ora se reproduce por intervalos mas ó menos distantes algunos dias antes de la época menstrual.

»La leucorrea indica de un modo casi cierto la existencia de una enfermedad del útero; porque las afecciones de la vagina que vienen acompañadas de este síntoma se propagan casi constantemente hasta el cuello de la matriz; pero no da ningun indicio cierto respecto de la naturaleza de esta enfermedad.

»El útero esperimenta en muchas de sus enfermedades modificaciones mas ó menos marcadas, respecto de su *forma*, *posicion*, *direccion*, *relaciones y consistencia.* Su *superficie*, y sobre todo la de su cuello, puede hacerse irregular, abollada, desigual ó rugosa, y su *temperatura* está á veces aumentada. Nada puede establecerse por punto general relativamente á estos diversos síntomas locales, porque varian en cada una de las enfermedades del útero.

»*Síntomas generales.*—A no haber flegmasia aguda, caquexia cancerosa ó fiebre héctica, no esperimentan modificacion alguna la circulacion ni la respiracion á consecuencia de las

enfermedades uterinas; por el contrario la digestion y la nutricion se alteran á menudo profundamente. Nada mas frecuente que hacerse difíciles y dolorosas las digestiones á consecuencia de una hipertrofia, de una úlcera del cuello ó de una dislocacion; el apetito se deprava ó se pierde; el estómago rechaza los alimentos; sobreviene un estreñimiento tenaz; los enfermos se enflaquecen y debilitan cada vez mas. Estos fenómenos alucinan frecuentemente al médico, y le hacen creer que existe una afeccion de los órganos digestivos, ocultándole la enfermedad del útero.

»Esperimentan á menudo las enfermas una desazon general, que Lisfranc ha descrito con mucha esactitud. Se ponen flacas, descoloridas y adquieren un viso amarillento; sienten fatiga, cansancio general, laxitudes espontáneas, y no pueden andar ni hacer el menor ejercicio; duermen mal, y su sueño está alterado por ensueños penosos; varia su caracter, se vuelve irregular, irritable y caprichoso, y muchas veces caen en un aplanamiento físico y moral de que no es posible sacarlas; rehusan toda distraccion; rechazan todo movimiento y cambio de lugar; estan tristes, desanimadas y permanecen continuamente echadas.

»Cuando se prolonga este estado, se presenta la emaciacion, la fiebre héctica y se observa el conjunto de síntomas que se ha referido á la calentura lenta nerviosa.

»*Síntomas simpáticos.*—Los fenómenos simpáticos ocupan un lugar importante entre los síntomas de las enfermedades del útero; porque son muy frecuentes, á menudo muy graves y dan lugar á numerosos errores de diagnóstico. La reaccion ejercida por las afecciones uterinas sobre todo el sistema nervioso se halla establecida por hechos numerosos y perentorios, y la han comprobado todos los que se han ocupado de las enfermedades propias de la mujer, siendo imposible atribuirla á una coincidencia. Si la relacion de causalidad entre uno y otro hecho no estuviese tan rigorosamente demostrada por el curso de la enfermedad y el orden de sucesion de los fenómenos morbosos, lo estaria por la terapéutica; porque en tales casos, el único medio de hacer cesar los desórdenes nerviosos consiste en tratar y curar la enfermedad de la matriz.

»*Dolor.*—Las afecciones uterinas vienen con mucha frecuencia acompañadas de dolores simpáticos en la vulva, en la region de los riñones, en los lomos, en el ombligo, en la base del pecho y en las mamas. «Es sumamente raro, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 228), que los dolores ó la debilidad que sienten á veces las mujeres al nivel de los riñones, no dependan de una enfermedad de la matriz.»

»El dolor ocupa muchas veces el recto ó la vejiga, sin necesidad de que existan las causas mecánicas que indicaremos despues. «Encuéntranse muy á menudo en la práctica mujeres que ó bien tienen un flujo involuntario de orina, ó bien se despiertan diez, quince y aun veinte veces cada noche con una necesidad dolorosa de orinar, y ora sienten fuertes dolores al verificarlo, ora despues de terminada la miccion. Estos fenómenos morbosos proceden con frecuencia del útero enfermo, que se rehace simpáticamente sobre la vejiga» (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 223).

»Lisfranc ha observado muchas veces dolores sordos y profundos en la parte posterior de la cabeza (*loc. cit.*, p. 247).

»Estos dolores simpáticos son continuos ó remitentes; pero lo mas comun es que sean intermitentes y de una intension variable: ora se aumentan por la presion; ora se disminuyen, y á veces se manifiestan ó se exasperan algunos dias antes de la aparicion del flujo menstrual.

»*Neuralgias y visceralgias.*—Son muy frecuentes, y merecen una atencion muy especial; se resisten á todas las medicaciones, mientras no se ataque su verdadera causa, la cual desgraciadamente se oculta al práctico muy á menudo. ¡Cuántas mujeres hemos visto, cuyas enfermedades se caracterizaban de una gastritis crónica ó un cáncer del estómago, siendo asi que solo tenian una gastralgia simpática de una afeccion uterina!

»Las neuralgias facial, crural, ciática, lumbar é ileo-vaginal, son las que con mas frecuencia se observan.

»Entre las visceralgias ocupan el primer lugar la gastralgia y la enteralgia; acompañan ordinariamente á la hipertrofia, á las úlceras y á la dislocacion del útero; adquieren á menudo mucha intension, y se dan á conocer por sus síntomas mas graves, como dolores epigástricos, digestiones laboriosas, vómitos, estreñimiento continuo ó alternado con diarrea, enflaquecimiento, etc.

»Lisfranc ha visto muchas veces palpitaciones del corazon, que habian hecho admitir una lesion de este órgano, y que desaparecieron despues de la curacion de una afeccion del útero (*loc. cit.*, p. 215).

»*Neurosis.*—Lisfranc (*loc. cit.*, p. 190-203) ha visto diferentes alteraciones de la matriz, y en particular infartos, acompañados de corea, de un estado epileptiforme, de histerismo, de hipocondria, de ninfomania y de enagenacion mental; pero habiendo desaparecido estas neurosis á consecuencia de un tratamiento dirigido esclusivamente contra la afeccion uterina, parece justo referirlas á esta última en calidad de síntomas simpáticos: *naturam morborum ostendunt curationes.*

»*Síntomas mecánicos.* — Solo se presentan cuando sobreviene una modificacion considerable en el volumen ó en la posicion del útero. Segun que se ejerce la compresion en el recto ó en la vejiga, se observan dolores en el primero de estos órganos, hemorroides, tenesmo, estreñimiento; ó bien dolores en la vejiga, frecuentes conatos de orinar, tenesmo vesical, disuria, ó una retencion completa de orina.

»La paraplegia completa, observada por Lisfranc (*loc. cit.*, p. 199 y sig.) en dos mujeres cuyo útero ofrecia un aumento de volumen tal, que llenaba casi toda la pelvis, puede considerarse como un fenómeno de compresion. Esta paraplegia, despues de haberse resistido mucho tiempo á las infinitas medicaciones dirigidas contra una afeccion de la médula ó de sus cubiertas, acabó por desaparecer, luego que volvió la matriz á sus dimensiones naturales á consecuencia de un tratamiento apropiado.

»CURSO, DURACION, TERMINACIONES.—Las flegmasias agudas del útero (*metritis*, *flebitis*, *linfangitis*) siguen un curso agudo, y terminan á menudo funestamente; el cáncer uterino se desarrolla con lentitud; tarda muchos años en completar su evolucion, y su efecto constante es la muerte de la enferma. Las demas afecciones de la matriz tienen en general un curso muy lento, continuo ó irregular, y casi nunca se curan espontáneamente. Cuando no se las conoce ó se las trata mal, pueden durar muchos años, dando lugar á desórdenes funcionales, que sin comprometer la vida de la enferma constituyan no obstante un estado morboso molesto.

»DIAGNÓSTICO.—Los dolores locales, los desórdenes de la menstruacion, la metrorragia y la leucorrea, son los signos racionales de las enfermedades del útero; pero aunque tienen un valor que no pretendemos negar, no establecen sin embargo mas que presunciones, y no indican en manera alguna la naturaleza de la afeccion uterina. Sin embargo, puede hacerse una escepcion respecto del cáncer ulcerado, al cual acompaña á veces un flujo característico.

»Los síntomas generales simpáticos y mecánicos tienen todavia menos valor para el diagnóstico, que los signos racionales de que acabamos de hacer mencion. Debemos confesar con Lisfranc, que pueden hacer sospechar la existencia de una afeccion uterina, y que imponen al médico la obligacion de examinar la matriz; pero es evidente que no suministran ningun signo constante, patognomónico, ni pueden servir nunca de base para establecer un diagnóstico esacto.

»Por otra parte, es preciso recordar que puede la matriz alterarse profundamente, sin que parezca resentirse mucho la salud general: se conservan las carnes; no pierde el color su frescura; las funciones se verifican regularmente, y apenas sienten las mujeres incomodidad alguna hácia los órganos de la generacion. Otras veces, por el contrario, basta una simple ulceracion del cuello, para producir accidentes graves y alterar profundamente el organismo (Pauly, *Maladies de l'uterus*, pág. 89; París, 1836). ¿A cuántos errores nos espondriamos, si solo tuviesemos en cuenta los síntomas generales y los signos racionales? Importa repetirlo, porque muchos prácticos lo ignoran ó lo impugnan: el diagnóstico de las enfermedades del útero se funda enteramente en los signos físicos que suministra la esploracion directa del órgano. Esta puede hacerse por la *palpacion*, por la *percusion*, por el *tacto* y por el *espéculum*.

»La *palpacion* practicada en la region hipogástrica nos da signos preciosos, cuando está aumentado el volúmen de la matriz á consecuencia de la hipertrofia ó de la dilatacion de su cavidad, produducida por serosidad (*hidrometra*), por sangre, por aire (*fisometra*), por un cuerpo estraño (*pólipos, cuerpos fibrosos*, etc.). De este modo se puede determinar el grado del aumento de volumen de la matriz, la posicion, la direccion del cuerpo de este órgano, sus relaciones con las vísceras abdominales, y las variaciones acaecidas en su forma, averiguando si su superficie es irregular, abollada, etc., ó si se conserva lisa é igual. Tambien es muy útil la palpacion para comprobar la existencia de los dolores locales, su sitio, intension y caractéres.

»Velpeau da mucha importancia á la palpacion, sobre todo cuando se usa juntamente con el tacto.

«Generalmente, dice Velpeau, creen los prácticos que solo puede examinarse la matriz por el hipogastrio cuando contiene el producto de la concepcion y desde el tercer mes próximamente; pero este es un error, pues el útero es accesible por el hipogastrio en todas las mujeres, aunque no esten embarazadas, esceptuando las que tienen las paredes abdominales muy duras y resistentes.

»Para facilitar el examen, es esencial que llene el observador ciertas condiciones. Debe poner toda la mano por encima de los arcos crurales, y deprimir lentamente, pero con fuerza, los tegumentos; esta presion ha de ser continua, y asi se logra muy pronto tocar el fondo de la fosa iliaca, como si estuviese inmediatamente debajo de los dedos. Continuando la depresion del hipogastrio, se llega en seguida á la escavacion, lo cual se conoce por la presencia del ángulo sacro-vertebral. Entonces, penetrando por debajo de este punto, se alcanza á la pequeña pelvis, y se la puede esplorar casi del todo, empezando por detras y adelantando sucesivamente la mano.

»Una vez familiarizados con este modo de esplorar, se logra sentir, con la mano aplicada á la region hipogástrica, el dedo que se tiene introducido por la vagina y los movimientos que este imprime al útero. De este modo es posible, no solo reconocer que se toca efectivamente la matriz, sino tambien averiguar su forma y consistencia, como si estuviese el órgano puesto encima de una mesa, y tuvieramos que examinarlo con los ojos cerrados.

»Nunca se insistirá demasiado, añade Velpeau, en la necesidad é importancia de ejercitarse con frecuencia en esta esploracion, pues solo adquiriendo un hábito suficiente, se puede formar bien el diagnóstico de las alteraciones

de la matriz (*Gazette des hôpitaux*; 1841, página 315).

»No negaremos la utilidad de este modo de esplorar; pero es á menudo muy doloroso para las mujeres, á veces impracticable, y creemos que Velpeau no estima en tanto como valen los signos suministrados por el tacto vaginal y rectal, igualmente que por el espéculum; al paso que exagera algun tanto la esactitud de los que se obtienen por la palpacion.

»La *percusion* completa algunos de los signos que suministra la palpacion; permite comprobar con precision el volumen y la forma del órgano, y manifiesta si la cavidad uterina está distendida por un cuerpo sólido, líquido ó gaseoso.

»El tacto es ciertamente uno de los modos de esplorar mas útiles y fecundos en signos positivos, cuando se trata de determinar el volumen, la forma, posicion, direccion, consistencia, temperatura y sensibilidad de la matriz, ó si contiene abscesos, quistes, pólipos ó cuerpos fibrosos. Muchas veces basta el tacto por sí solo para establecer el diagnóstico de la hipertrofia, de la dislocacion y del cáncer.

»El tacto puede ser rectal ó vaginal. El modo de practicarle pertenece á la patologia general; por lo que solo trataremos aqui de algunos puntos especiales, que á pesar de su importancia son poco conocidos de los prácticos, y se hallan mal indicados en la mayor parte de los autores.

»Cuando se usa de este medio, es muchas veces útil hacer que tome sucesivamente la enferma diferentes posiciones. Cuando está acostada, es preciso en general que la pelvis ocupe la parte mas baja, y que el médico deprima la matriz con la otra mano; pero en las personas muy gruesas, y que tienen mucho vientre, se necesita á menudo que la pelvis esté mas alta que el tronco, y las vísceras abdominales se encuentren empujadas hácia arriba y atrás (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 259, 260).

»Si se tratase de averiguar la existencia de alguna dislocacion, deberia ponerse la enferma de pie y hacer ejercicio algun tiempo antes de someterse á la esploracion. Tambien es preciso desocupar el recto de las materias fecales.

»Cuando la matriz está muy alta, es muchas veces indispensable emplear alternativamente los dedos indicadores derecho é izquierdo; porque con uno solo no se puede tocar convenientemente sino la mitad de la circunferencia del órgano que se esplora (Lisfranc, *loc. cit.*, página 261).

«En los casos en que han de usarse el tacto y el espéculum, dice Lisfranc (p. 256), es preciso empezar por el último, para no producir un flujo sanguíneo que impida reconocer bien el estado del cuello del útero.» Mas no siempre debe seguirse este precepto, pues cuando se trata de reconocer una dislocacion acompañada de infarto y de úlcera, debe empezarse practicando la esploracion por el tacto, porque el espéculum rechaza, endereza el órgano, y modifica la posicion que importaba examinar.

»Se ha de tactar con suavidad, ligeramente y con la menor frecuencia posible, y no imitar á algunos que en los casos ordinarios repiten esta maniobra cada seis ú ocho dias, irritando de este modo inútilmente los órganos, fatigándolos y esponiéndolos por lo menos á congestiones (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 264-265).

»Algunos autores pretenden, que el tacto permite reconocer las úlceras mas superficiales y menos estensas del cuello del útero. Por nuestra parte no lo creemos asi; pues hemos visto úlceras estensas y profundas, que habian sido desconocidas por los mas famosos cirujanos, porque habian creido poder fiarse en las señales que suministra el tacto. Nuestra opinion es tambien la de Lisfranc, de cuya esperiencia nadie tendrá la menor duda (V. *Précis de médecine operatoire*, t. I, p. 210 y sig.; Paris 1845).

»*Espéculum*. — El espéculum es indispensable para reconocer la existencia, estension, sitio y naturaleza, de las úlceras del cuello del útero, y completa las indicaciones suministradas por el tacto en el diagnóstico de la hipertrofia, del cáncer, de las dislocaciones, de los cuerpos estraños, etc.

»Muchos prácticos han criticado el escesivo abuso, que segun ellos se ha hecho del espéculum en estos últimos años. Efectivamente, creemos que muchas veces se ha usado este instrumento sin utilidad; pero en último resultado nos parece que el esceso tiene menos inconvenientes que una total incuria, y que es negar la evidencia sostener «que el espéculum nos da á conocer el color, sin enseñarnos nada mas, siendo imposible adquirir otras indicaciones con el socorro de este instrumento, que nada dice acerca de la forma, volumen, situacion, naturaleza, etc.» (Velpeau, *Gaz. des hôp.*; 1845, p. 314).

»Aunque sin entrar en minuciosos pormenores, creemos útil esponer las principales reglas que deben presidir á la aplicacion de este instrumento esplorador.

»No describiremos las diferentes especies de espéculum que se han imaginado; no obstante es necesario dar á conocer las principales.

»El espéculum mas antiguo y sencillo es el *entero*, formado por un cilindro de una sola pieza, ligeramente cónico; Recamier y Lisfranc le usan casi esclusivamente. Pero á pesar de la autoridad de estos prácticos, no vacilamos en reprobar este instrumento, que no ofrece ninguna ventaja que le sea propia, y al contrario presenta un inconveniente grave. Efectivamente, si el cilindro tiene poco diámetro, sucede á menudo que no se puede abrazar el cuello uterino en toda su estension, y para descubrir sucesivamente los dos labios, hay que hacer con las manos movimientos desagradables y aun dolorosos para la enferma. Por otra parte, á pesar de estas maniobras, pueden no verse las úlceras de la superficie posterior del cuello de la matriz ó del fondo de la vagina alrededor del

hocico de tenca. No pocas veces, despues de haber visto que el instrumento es demasiado pequeño, hay que empezar de nuevo la operacion con otro mas ancho. Si el cuello fuese voluminoso y se necesitara comprenderle todo en el espéculum, habria que recurrir á un cilindro de diámetro ancho; pero la introduccion de este último es *siempre dolorosa*, por grande que sea la habilidad del médico. En vista de gran número de observaciones podemos asegurar, que el hábito mas formado y la destreza mas consumada no logran destruir un inconveniente, que atendida la disposicion anatómica de las partes, es inevitable.

»El espéculum entero es útil para esplorar la vagina, cuya mucosa se va desplegando delante de él á medida que se le introduce. Es tambien indispensable cuando se quiere llevar el hierro candente hasta el útero; en cuyo caso se sirve Jobert de un espéculum entero de marfil.

»El *espéculum partido*, *articulado* ó de válvulas, es el que usan Jobert y Ricord, y en nuestro sentir debe preferirse por todos conceptos al espéculum entero.

»El espéculum de Jobert consta de dos válvulas, acodadas y articuladas en la union de los dos tercios anteriores ó vulvares con el posterior ó uterino de su longitud. La estremidad anterior ó vulvar está sostenida y fija por un apéndice dispuesto en forma de segmento de círculo, que pasa de una válvula á otra y las conserva á cierta distancia por medio de una rosca de presion.

»Las dos válvulas que forman el espéculum de Ricord estan ligeramente dobladas y articuladas hácia el cuarto anterior de su longitud, en el punto que corresponde al anillo vulvar cuando está introducido el instrumento. En la estremidad anterior se adapta un mango movible, compuesto de dos piezas, las cuales corresponden á cada una de las válvulas, y se deslizan sobre un apéndice en forma de segmento de círculo, al que pueden fijarse por medio de una tuerca.

»Estos dos instrumentos llenan todas las condiciones apetecibles, y corresponden perfectamente á la disposicion anatómica de las partes. Efectivamente, en el momento de introducirse el espéculum cerrado, representa un cono cuya estremidad mas pequeña es posterior: esta estremidad uterina, complanada por los lados, tiene su diámetro mayor en direccion vertical, y por consiguiente en el único sentido en que es posible ensanchar el anillo vulvario, deprimiendo hácia el periné la comisura inferior. Hállase, pues, la estremidad posterior del instrumento en las mejores condiciones para atravesar fácilmente y sin dolor el anillo vulvario, único punto en que puede la operacion causar dolor, comprimiendo las partes blandas contra la armadura huesosa de la pelvis. Luego que ha llegado el instrumento á bastante profundidad, se le abre, y entonces por la disposicion y articulacion de las válvulas, á medida que se desarrolla la estremidad uterina se estrecha la vulvaria; de manera que cuando la primera ha adquirido el mayor diámetro posible, se ha quedado la segunda estraordinariamente reducida. La articulacion de las válvulas permite dar á la estremidad uterina diferentes grados de desarrollo segun el volumen del cuello; y la separacion de las mismas nos pone en aptitud de obrar en todos los puntos de la mucosa vaginal y de atacarlos libremente, ora con el cáustico, ora con algun instrumento. Tambien permite constantemente abrazar todo el cuello, y esplorar el fondo de la vagina hasta sus últimos repliegues. Por medio del tornillo ó de la tuerca se puede mantener el instrumento dilatado segun se quiera.

»Lisfranc (*loc. cit.*, p. 273, y *Précis de méd. operat.*, t. I, p. 210) desecha el espéculum de válvulas. «Este instrumento, dice, tiene el grave inconveniente, por mas que algunos le hayan defendido, de que puede meterse la vagina entre las ramas y estorbar la operacion. Las válvulas mas ó menos multiplicadas que le componen, irritan y desgarran con tanto mayor facilidad el cuello uterino, cuanto mas estrechas son, sobre todo si hay que comunicar al instrumento movimientos de rotacion ó de palanca, como á veces es indispensable. Cuando es difícil buscar el cuello, ó se necesita variar de diversos modos la direccion del espéculum, nos esponemos á pellizcar la vagina, aproximando involuntariamente las ramas metálicas que entran en su composicion; cuyo accidente será todavia mas comun, cuando se cierre el instrumento para sacarlo.»

»Ninguna de estas objeciones es fundada: las paredes superior é inferior de la vagina son las que pudieran introducirse en la cavidad del instrumento; pero estan sostenidas por las válvulas; y en cuanto á las paredes laterales no sufren este accidente una vez entre doscientas. Las dos válvulas movibles añadidas por Charriere al espéculum de Ricord, destruyen completamente la objecion de Lisfranc. Hace muchos años que nos servimos diariamente del *espéculum de cuatro válvulas*, y podemos asegurar que nunca hemos visto interponerse la mucosa vaginal entre el operador y el hocico de tenca. En cuanto á desgarrar el cuello uterino ó pellizcar la vagina, ni ha sucedido nunca, ni aun parece posible que suceda, y apelamos á la esperiencia de todos los que han usado el espéculum de válvulas.

»El *espéculum de tres válvulas y de desarrollo entero* construido por Charriere es un instrumento escelente, que reune las ventajas del espéculum partido y las del entero.

»Con el objeto de facilitar la introduccion del instrumento, han imaginado Tanchou y madama Boivin una especie de conductor, que se adapta igualmente á todas las especies de espéculum. Esta modificacion es por lo menos inútil, y muchas veces no carece de inconve-

niente, pues cuando se quita el conductor del espéculum de valvulas, causa á veces una conmocion desagradable y aun sucede á menudo no poderle sacar con facilidad, en cuyo caso corremos el riesgo de pellizcar la mucosa sobre el borde posterior del instrumento.

»Elegido ya el instrumento, y despues de haber desocupado con anticipacion la vejiga y el recto, conviene colocar á la mujer en la posicion que vamos á indicar.

»Se echará la enferma trasversalmente en su cama, en una otomana ó en un sillon quirúrgico, con la pelvis apoyada en un almohadon duro y poco susceptible de aplastarse; de modo que las tuberosidades isquiáticas esten al nivel del borde anterior del plano de sustentacion. El tronco ha de estar menos elevado que la pelvis y la cabeza sostenida con una almohada; los muslos doblados hácia el vientre formando con él un ángulo recto ó ligeramente agudo; para lo cual se colocan los pies de la enferma en el respaldo de dos sillas separadas unas dos tercias entre si (Lisfranc), ó se encarga que los sujeten dos ayudantes. Tambien puede el operador hacer que se apoyen en sus hombros.

»Si el plano en que descansa la pelvis de la enferma está suficientemente alto, podrá el médico sentarse en una silla; pero en la práctica civil tiene ordinariamente que ponerse de rodillas.

»Como la luz natural es preferible á la artificial, se colocará si es posible á la enferma enfrente de una ventana que proporcione bastante claridad. Cuando esto es impracticable, se necesita una palmatoria con una bujia muy corta, para poder aproximar con facilidad la luz al orificio vulvario del espéculum.

»Si no acompañase al médico un ayudante, deberá antes de todo poner á mano una palmatoria encendida, agua, una palangana y los objetos necesarios para limpiar el cuello uterino y para cauterizarle. Pero siempre que se vaya á hacer alguna operacion cruenta ó á cauterizar con el hierro candente, es indispensable contar con uno ó mas ayudantes.

»Conviene, sobre todo en invierno, templar un poco el espéculum metiéndole en agua caliente y despues untarle con cerato ó aceite: nosotros preferimos el *cerato blanco*.

»Cuando ya está todo convenientemente dispuesto y colocados en posicion la enferma y el médico, si va este á examinarla por primera vez, debe antes de aplicar el espéculum reconocerla por medio del tacto, á fin de apreciar la anchura y dilatabilidad del orificio inferior de la vagina, las producciones accidentales, las bridas, las estrecheces y las obliteraciones que puede haber en este conducto, como tambien la *situacion* y la *direccion del cuello uterino*; porque si descuidamos esta precaucion, nos esponemos á usar un instrumento poco conveniente, á no encontrar inmediatamente el órgano y á vernos obligados á ejecutar maniobras y dar á la mano multiplicadas y dolorosas direcciones.

»Cuando se oponen á la introduccion del instrumento bridas, producciones accidentales ó vicios de conformacion de las partes blandas, etc., y sin embargo es urgente el caso, se debe practicar las incisiones ú operaciones necesarias, para desembarazar el conducto de semejantes obstáculos.

»Dificultan y aun imposibilitan á veces la aplicacion del espéculum ciertos vicios de conformacion de la armadura huesosa de la pelvis, y en este caso no hay otro recurso que modificar, segun las circunstancias, el calibre, la direccion y la forma del instrumento.

»A no haber una necesidad apremiante, no debe emplearse el espéculum en las doncellas que no han sido desfloradas; pero si fuese indispensable acudir á él, con paciencia y precauciones se conseguirá acaso introducirle sin desgarrar el himen. En un caso de esta especie usó uno de nosotros con buen éxito el *espéculum ani*, el cual bastó para descubrir y curar la enfermedad. Si no pudiese quedar íntegro el himen, vale mas cortarle que desgarrarle con el espéculum.

»Hállase contraindicada la aplicacion de este instrumento cuando hay una vaginitis aguda, úlceras dolorosas en la vagina, mucha sensibilidad de los órganos genitales ó úlceras muy profundas que han invadido la parte superior del conducto vulvo-uterino. En este último caso nos espondriamos á producir desgarraduras penetrando en el peritóneo, y por consiguiente una peritonitis mortal. (Lisfranc, *loc. cit.*, página 227).

»Cuando el reconocimiento preliminar por el tacto ha dado á conocer la existencia de una dislocacion del útero, es á veces útil modificar la posicion de la pelvis, á fin de que quede el cuello mas accesible al instrumento.

»Decidido el exámen por el espéculum ¿cuál debe ser el procedimiento operatorio?

«El cirujano, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 282), separa los grandes y pequeños labios hácia un lado con el dedo índice, y hácia el otro con el medio, y aplica el espéculum al orificio inferior de la vagina, de manera que los centros de este orificio y del instrumento se correspondan esactamente.»

»Estas indicaciones son insuficientes, y deben modificarse, si queremos que la introduccion del instrumento sea tan fácil y poco dolorosa como puede serlo.

»Despues de haber separado con cuidado el vello, debe el operador separar tambien con la mano izquierda los labios grandes y pequeños, hácia un lado con el índice y con el anular hácia el otro, mientras que con el medio deprime fuertemente la horquilla, á fin de ensanchar el orificio de la vagina. Cogiendo entonces el instrumento con la mano derecha, y aplicando los dedos á las válvulas para mante-

nerlas unidas, le dirige casi perpendicularmente por encima de la uña del dedo medio izquierdo; despues de lo cual, haciéndole ejecutar un movimiento de palanca, le introduce con suavidad en el orificio de la vagina. Cuando el espéculum ha penetrado en este conducto, quita la mano izquierda, y abandona las partes á sí mismas, para que se ensanche mas el conducto vaginal.

»Al penetrar en el orificio inferior de la vagina, debe seguir el espéculum la direccion de una línea, que, partiendo del centro de este orificio, fuese á parar á la punta del coxis. Pasado ya el anillo de este conducto, se dirige la estremidad esterna del instrumento hácia el recto, y se sigue avanzando con la interna, como si debiera llegar directamente á la articulacion sacro-vertebral (Lisfranc, *loc. cit.*, página 283).

»Este precepto es demasiado absoluto, y solo conviene cuando el cuello ocupa su situacion normal, pues en los demas casos obliga á hacer movimientos difíciles y mas ó menos largos: en su lugar damos nosotros la *regla general* siguiente:

»*Luego que el espéculum ha atravesado el anillo, debe dirigirse hácia el sitio donde el tacto prévio ha dado á conocer que se encuentra el hocico de tenca.*

»Quisieramos que los prácticos se penetrasen bien de la importancia de esta regla, que en nuestro concepto es fundamental. Siguiéndola, se llega casi siempre desde luego al cuello uterino ó muy cerca de él, y se evitan las maniobras y vacilaciones que hacen tan dolorosa la operacion cuando la ejecutan manos inespertas.

»Cuando se quiera hacer uso de un espéculum entero, pueden tenerse en cuenta las siguientes indicaciones de Lisfranc.

»A medida que penetra, se aplica á su orificio superior la cara interna del conducto útero-vulvar, formando dos especies de válvulas, cuyos bordes libres vienen á estar contiguos; una de ellas es anterior y la otra posterior. Cuando no está desviada lateralmente la matriz, la válvula cuyo diámetro antero-posterior es mayor corresponde enfrente del lado á donde se inclina el cuello del útero; pero cuando este se halla torcido á derecha ó á izquierda, las válvulas ofrecen direcciones oblícuas, y esta oblicuidad varia segun el grado de inclinacion del órgano. Siempre se encuentra el hocico de tenca en el punto mas bajo de esta especie de válvulas (*loc. cit.*, p. 283-284).

»Cuando el instrumento ha llegado á una profundidad suficiente, se le abre con suavidad, y se mira si se presenta el cuello á la vista; mas si no se le ve, tira el cirujano un poco hácia sí del espéculum, haciéndole ejecutar algunos movimientos de palanca, y le empuja modificando su direccion primitiva.

»En ocasiones se ve por encima del estremo del espéculum, en la parte superior de la vagina, un rodete formado por los pliegues propios de este conducto, el cual oculta el cuello del útero en mas ó menos estension. Para borrar estos pliegues, basta que la mujer haga esfuerzos como para defecar, apretando al mismo tiempo el cirujano de arriba abajo con el instrumento (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 285).

»En ciertos casos de dislocacion considerable es á veces muy difícil llegar al cuello del útero.

«Cuando está el cuello muy desviado hácia delante, dice Lisfranc (p. 290), es muy difícil la aplicacion del instrumento, y aun muchos cirujanos la creen imposible. Yo propongo el siguiente método: se inclina todo lo posible hácia atras la estremidad esterior del espéculum, hasta que llega á la altura de la parte inferior del útero; entonces se encarga á la mujer que haga esfuerzos como para defecar, y á medida que desciende la matriz, se empuja hácia ella el instrumento, ejecutando al mismo tiempo un movimiento de palanca, por cuyo medio se dirige el mango hácia delante; de este modo se encaja casi siempre el cuello del órgano en el espéculum, que ordinariamente le conduce hácia la línea media y le sostiene en esta direccion.»

»En la anteversion de la matriz con hipertrofia de la parte anterior de su cuerpo es á veces imposible llegar hasta el cuello; en un caso de esta especie solo se consiguió este objeto haciendo una incision en el periné (p. 278).

»Cuando á pesar de las maniobras mejor dirigidas no se puede coger el cuello, hay que colocar á la enferma sobre las rodillas y los codos, é introducir el espéculum por la parte posterior de la pelvis, con cuya nueva posicion suele vencerse el obstáculo.

»Colocado el instrumento enfrente del hocico de tenca, se abren sus ramas de manera que abracen todo el órgano, y en este momento es cuando mas se conocen las ventajas que el espéculum de válvulas lleva al entero.

»Cuando ya está bien abarcado el cuello, se fija el desarrollo de las válvulas por medio de la tuerca de presion ó del tornillo, y se hace que un ayudante ó la enferma misma sostengan el instrumento.

»Despues de haber examinado atentamente el estado en que se presenta el cuello uterino, se limpian las mucosidades, sangre ú otras materias que cubren su superficie. Para limpiar el cuello se emplea generalmente un pincel de hilas ó una torunda de algodon cardado, colocada en las ramas de unas pinzas largas. Por nuestra parte no aprobamos este medio; porque el pincel de hilas ocasiona siempre un roce bastante duro, y lo mismo la torunda, que tiene ademas otro inconveniente: efectivamente puede desprenderse alguna hebra ó parte del algodon, y adherirse á la superficie del cuello, y entonces es necesario ir á buscarla con las pinzas, cuya maniobra da lugar con frecuencia á un flujo sanguíneo.

»Asi pues, empleamos con gran ventaja para limpiar el cuello unas espongitas muy finas,

bien sujetas á una varilla de ballena, humedeciéndolas ligeramente antes de dirigirlas al cuello.

«He visto casos, dice Lisfranc (p. 295), en que el cuello del útero parecia no tener ulceraciones; examinándole con mucha atencion en el fondo del espéculum, aparentaba hallarse descubierto, ó en otros términos, sin secrecion alguna que le embadurnase; pero este era un error, porque limpiándole se quitaba de su superficie una capa viscosa y bastante gruesa, que ocultaba alguna lesion de continuidad; de modo que es indispensable limpiar la parte para establecer un diagnóstico esacto.»

»A veces está el cuello cubierto en parte por una materia viscosa, como albuminosa, engastada en el orificio, y muy adherida al hocico de tenca.

»Ordinariamente es muy difícil quitar esta materia; pero está probado que se separa con mucha facilidad despues de coagulada con el uso del cáustico. Aconsejamos pues á los prácticos que la coagulen siempre antes de tratar de quitarla, y de este modo evitarán los frotes que tan á menudo vienen seguidos de flujos de sangre.

»Cuando no se ha podido evitar el flujo sanguíneo, es preciso limpiar la superficie escoriada, y si esto no es suficiente hacer inyecciones frescas por el instrumento. Inclinando luego suavemente el espéculum, se evacua la mayor parte del líquido y la restante se limpia. «No se intente sacar completamente el líquido inclinando el espéculum, pues el movimiento que habria que darle seria casi siempre muy doloroso» (Lisfranc, p. 293).

»Terminada la operacion, coge el médico el instrumento con la mano derecha, mientras que con la izquierda hace cesar la accion de la tuerca de presion ó del tornillo, *á fin de no pellizcar la mucosa vaginal*. Se ha de tener cuidado de no cerrar el espéculum de pronto, sino poco á poco y segun se le va sacando.

»Cuando sea necesario poner á la vista la cavidad del cuello uterino, se procurará, dice Lisfranc, introducir en él un espéculum largo y estrecho (*Précis. de méd. operat.*, t. I, página 233).

»Si la aplicacion del espéculum fuese seguida de dolores vivos y persistentes, se deberia aconsejar á la enferma la posicion horizontal, una quietud absoluta, inyecciones emolientes frescas, cataplasmas en el hipogastrio, una cuarta parte de lavativa laudanizada, repetida segun convenga, el uso de baños tibios, etc.

»Hemos entrado en estos pormenores; porque si bien parecen minuciosos á primera vista, adquieren mucha importancia á la cabecera de la enferma; muchos de ellos no se encuentran consignados en las obras especiales consagradas á las afecciones uterinas, y creemos que nuestros lectores no llevarán á mal la estension con que los hemos espuesto.

»Terminaremos las consideraciones relativas al diagnóstico de las enfermedades del útero, recordando que la situacion, la forma, el volumen y el aspecto del cuello, varian singularmente, segun la edad y estatura de la mujer, segun que está virgen ó desflorada, ó que ha tenido uno ó muchos hijos. Es necesario que el médico conozca perfectamente todas las modificaciones que puede esperimentar el cuello de la matriz en estas diferentes circunstancias, si no quiere esponerse a confundir á menudo una variedad fisiológica con una disposicion patológica.

»Sin entrar en pormenores que nos conducirian demasiado lejos, y que no pertenecen al dominio de la patologia, creemos deber indicar las principales disposiciones siguientes:

»El cuello está mas elevado en las mujeres de mucha estatura, en las que tienen el busto muy alto, en las vírgenes, y comunmente en las mujeres que no han tenido hijos.

»En estos dos últimos casos el cuello es ligeramente cónico, tiene de 7 á 11 líneas de grueso y 9 á 10 de ancho, y forma en la vagina una prominencia de 2 á 4 líneas (Boivin y Duges, *Traité pratique des maladies de l'uterus*, t. I, p. 23; Paris, 1833.—Duparcque, *loc. cit.*, página 77); su vértice presenta una abertura casi circular, con bordes irregulares y vueltos hácia dentro.

»En las mujeres que han sido madres se engruesa el cuello; se pone como hinchado, y adquiere una anchura de 18 líneas y un grueso de 14, y muchas veces mas; su orificio se prolonga transversalmente, y parece una hendidura situada en la misma direccion que divide el vértice truncado del hocico de tenca en dos labios desiguales mas ó menos vueltos hácia fuera; el labio anterior, mas ancho y grueso que el posterior, desciende tambien algo mas. Las dimensiones del orificio y la inversion de sus labios permiten muchas veces ver una parte de la cavidad del cuello.

»Para determinar las dimensiones del cuello en la mujer viva, se puede hacer uso del *ostinchómetro*, instrumento inventado por Peraire, y destinado á proporcionar la medida esacta de los diferentes diámetros del hocico de tenca (*Des diverses modes d'exploration du col uterin*, en *Gazette médicale;* 1845, p. 70).

»El PRONÓSTICO varia segun la naturaleza de la enfermedad uterina; en general es poco grave, si se hace abstraccion de las inflamaciones agudas y del cáncer.

»ETIOLOGIA.—*Causas predisponentes.—Edad.* Las enfermedades del útero son muy raras antes de la pubertad y frecuentes despues de la edad crítica; pero creemos con Duparcque, que no hay razon para atribuir al influjo de esta esclusivamente todas las lesiones que en ella se presentan.

«Es preciso conocer, dice con razon este autor, que muchas alteraciones consideradas como efectos de la cesacion de los menstruos han tenido origen en una época anterior; la edad

crítica no hace mas que imprimir á estas afecciones un curso mas activo, y cambiar su forma, ó apresurar las trasformaciones sucesivas de que son susceptibles.»

»La edad tiene una influencia muy notable en el sitio de las enfermedades del útero: en las vírgenes ocupan constantemente el cuerpo del órgano, en las jóvenes desfloradas, en las mujeres que han concebido, interesan con mas frecuencia el cuello. «Quizá dependa esto, dice Duparcque, de que en las primeras las enfermedades uterinas resultan de influencias indirectas, mientras que en las segundas son determinadas ordinariamente por causas que obran directamente en el útero y mas comunmente solo en su cuello» (*loc. cit.*, p. 15).

»La constitucion y el temperamento no tienen influjo en la frecuencia de las enfermedades uterinas; pero modifican su forma. Asi es que la congestion activa, la metrorragia, las úlceras simples, se manifiestan sobre todo en las mujeres robustas y de temperamento sanguíneo; los infartos pasivos, el catarro uterino, las úlceras llamadas escrofulosas y herpéticas son mas propias de las mujeres delgadas, miserables y de temperamento linfático.

»La disposicion hereditaria tiene, segun Duparcque mas influjo de lo que se cree. «Este influjo, á menudo funesto, no siempre es uniforme en sus resultados; pues si por lo comun trasmite el mismo género de enfermedades, tambien á veces se limita á predisponer el útero á lesiones de variada naturaleza» (*loc. cit.*, p. 24).

»*Causas determinantes.*—Bajo el aspecto de la etiología general solo podriamos hacer aqui una enumeracion estéril: las violencias esteriores, la preñez, los partos trabajosos, el aborto natural ó provocado, las imprudencias cometidas despues del parto, los escesos en el coito, el volumen demasiado considerable del miembro viril, la masturbacion, la continencia demasiado prolongada, los deseos venéreos repetidos y no satisfechos, el abuso de los emenagogos, el uso inmoderado de los carruajes mal colgados ó de la equitacion, el estreñimiento, el uso de corsés apretados, etc., son manifiestamente causas de enfermedades uterinas, pero no producen indiferentemente cualquiera de ellas, como se verá cuando estudiemos cada una en particular.

»Tratamiento.—La terapéutica debe variar segun las condiciones individuales y la naturaleza de la enfermedad. Muchos autores consideran, sin bastante motivo, los narcóticos, las emisiones sanguíneas, la dieta y el régimen debilitante, como medios heróicos que se pueden emplear casi siempre con ventaja; pero el descanso del órgano enfermo es quizá la única medicacion verdaderamente general.

»Puédese tambien asentar como regla, que el tratamiento de las afecciones uterinas no es tan local, tan quirúrgico como comunmente se cree. Las enfermedades del útero se hallan á menudo sostenidas por un estado de movilidad general, ya primitivo ó ya consecutivo, y no se consigue curarlas sino modificando la constitucion, la nutricion, la circulacion y los sistemas muscular y nervioso por un tratamiento médico bien dirigido. Desgraciadamente muchos prácticos desconocen esta verdad, y no solo no dirigen contra la lesion del útero mas que medios locales, sino que aun estos los prescriben muchas veces de tal naturaleza, que estan contraindicados por el estado general del sugeto, en cuyo caso solo consiguen agravar las dos enfermedades. Nada mas frecuente que ver eternizarse las enfermedades uterinas á consecuencia de una mala medicacion, acompañándose de fenómenos morbosos graves, que se refieren á la lesion de la matriz, cuando solo son efecto de la terapéutica que se ha empleado.

»Mas adelante insistiremos en estas consideraciones; demostraremos toda su importancia práctica, é indicaremos los peligros del reposo absoluto en la posicion horizontal, de las cauterizaciones, de los baños generales tibios, de los de asiento, de las inyecciones, etc., como agentes de un método general de tratamiento.

A. Lesiones de la menstruacion y flujos sanguíneos.

ARTICULO PRIMERO.

De la amenorrea.

»La palabra amenorrea se deriva de α privativo, μην, genitivo μηνος, mes; y ρέω, derramo: defecto, ó falta de las reglas.

»Sinonimia.—*Supresion, retencion de las reglas.*—*Menstrua suppressa, defectus menstruorum, supressio mensium*, de los latinos. Αῤῥοιη, Hipócrates.—*Amenorrœa*, Cullen, Vogel, Parry, Young, Macbride.—*Dysmenorrhœa*, Linneo, Sagar.—*Paramenia obstructionis*, Good.—*Ischomenia*, Swediaur.—*Meneschesis*, Ploucquet.—*Menostasia*, Sprengel.—*Dysmenorrhagia*, Darwin.

»Definicion.—Debe entenderse por amenorrea, no solo la ausencia y la supresion completa de las reglas, sino la disminucion, el retraso y la dificultad de este flujo periódico.

»Algunos autores han descrito separadamente la falta de la menstruacion en las púberes, examinándola al tratar de las funciones de la generacion. Esta forma particular de la amenorrea tiene indudablemente algunos caractéres que la distinguen de las demas; pero como son iguales las causas que pueden retardar, impedir ó trastornar el flujo menstrual, nos ha parecido inútil establecer para estas tres circunstancias otros tantos artículos separados, como hasta el dia se ha hecho. Tambien se ha designado bajo el nombre de *Dismenorrea* (δυς, difícil, μηνὸς, mes, y ρέω, yo derramo), un trastorno de la menstruacion, en el cual pue-

den fluir las reglas en las épocas ordinarias, pero con dificultad y con dolor. El flujo puede ser abundante ó verificarse gota á gota. Estableciendo los antiguos una comparacion entre las enfermedades del útero y las de la vejiga, llamaron á este último modo de verificarse la evacuacion *estranguria menstrual*.

»En todos los escritores antiguos, Hipócrates, Galeno, Morgagni, Wan-Swieten, se encuentran indicadas la retencion de las reglas *(emansio mensium)*, su supresion *(suppressio)*, y su fluxion dificil (*estranguria menstrual*).

»Freind distingue muchas formas de amenorrea, y dice hablando de las reglas: «Pueden ser escasas ó aparecer dificilmente, ó lo que es aun mas frecuente todavia, suprimirse del todo» (Freind, *Emmenologia*, cap. X, página 119, trad.; Paris, 1730). Esta distincion entre la retencion y la supresion, claramente espresada por Freind, la estableció Cullen definitivamente: «Se deben admitir dos especies de interrupcion en el flujo menstruál: en la una no comienzan las reglas á fluir en el período de la vida en que tienen costumbre de presentarse; y en la otra, despues de haber aparecido regularmente durante algun tiempo, dejan de observarse en los períodos ordinarios, por causas diferentes de la concepcion. El primero de estos casos se llama *retencion*, y el segundo *supresion de las reglas*» (Cullen, *Element. de méd. prat.*, trad. por Bosquillon, t. II, página 133).

»Si recorremos todos los tratados de patologia, encontraremos las mismas especies de amenorrea; solo que en algunos son todavía mas numerosas las divisiones. Gardien admite tres especies de desviacion menstrual: la primera comprende la retencion de los ménstruos y la clorosis; la segunda las supresiones; y la tercera la fluxion ó derrame doloroso ó sea dismenorrea. Finalmente, las obras mas recientes describen amenorreas por retencion, por supresion, y por falta de escrecion (*Dict. de méd.*, art. Amenorrea). En cuanto á la ausencia de las reglas ocasionada por el progreso de la edad, y que se conoce con el nombre de *edad* ó *época crítica*, no puede en manera alguna confundirse con la amenorrea. En esta no pueden establecerse ó se hallan trastornadas las funciones del útero; en aquella cesan completamente.

»Tendríase una idea muy equivocada de la amenorrea, si se la considerase como una enfermedad aislada; al contrario, no es mas que un síntoma de una multitud de afecciones. Cuando mas podria considerársela como una enfermedad en las jóvenes cuya menstruacion no se hubiese establecido. Pero aun entonces, si no puede efectuarse esta funcion natural, es en razon del estado general de la economia, ó de ciertas causas locales que vamos á dar á conocer.

»La amenorrea pues, permítasenos repetirlo, no es en sí misma una enfermedad; es síntoma de una afeccion latente ó de alguna alteracion orgánica, que se nos revela casi siempre por un examen detenido. Adviértese entonces, que unas veces es debida á un obstáculo puramente físico, que situado en un punto de los órganos de la generacion, se opone al libre curso de las reglas; y otras depende de una causa no tan fácil de descubrir, de un trastorno funcional, que en ocasiones se esplica por la constitucion de los sugetos. Puede tambien la amenorrea ser un fenómeno precursor ó simpático de la enfermedad de una víscera, que tenga con el útero simpatias íntimas ó lejanas. Finalmente, la observacion nos enseña diariamente, que el infarto de la matriz ú otras afecciones de este órgano pueden ser las únicas causas de la amenorrea. Influencias patológicas tan numerosas y que todas imprimen notables cambios en la menstruacion deben distinguirse con cuidado, sin lo cual resultarian graves errores en el pronóstico, y sobre todo en el tratamiento.

»Division.—Asi, pues, para apreciar en todas sus particularidades las variadas condiciones que presiden al desarrollo de la enfermedad, tomaremos por base de nuestras divisiones las mismas causas que la producen. En ocasiones resulta de un estado general de todo el sólido vivo, y es por decirlo así, *constitucional* é inherente al estado actual del cuerpo. Esta amenorrea constitucional puede ser primitiva, como cuando se presenta en las jóvenes, ó accidental como cuando afecta á las mujeres adultas.

»Puede tambien depender la amenorrea de un estado totalmente peculiar y local del útero; en cuyo caso la tumefaccion, el infarto, la esquisita sensibilidad de la matriz, son las verdaderas causas del mal. Pero mas ordinariamente nos es imposible encontrar en el órgano mismo el orígen primitivo de los trastornos de la menstruacion, siendo preciso buscarle en alguna enfermedad de las importantes vísceras que sostienen con el útero estrechas relaciones simpáticas, como el cerebro, el pulmon, el corazon, y casi todos los aparatos contenidos en las cavidades esplánicas, y cuyas lesiones influyen prontamente en las funciones generadoras. De todos modos la amenorrea, ya se refiera al estado de los órganos genitales, ya al de otra víscera ó á la constitucion, puede ser primitiva ó accidental. Se ha designado con el nombre impropio de *retencion de las reglas* la falta de aparicion de los ménstruos; nosotros la llamaremos *amenorrea primitiva*, y *accidental* cuando tenga lugar despues de haberse establecido la menstruacion.

»En casi todas las descripciones nosográficas que poseemos de esta enfermedad, no han trazado los autores mas que la historia general de la amenorrea, sin tomar en consideracion las causas que la producen. Hánse fijado especialmente en la retencion y la supresion de los ménstruos, dando un gran valor á esta circunstancia, que á lo mas es secundaria, y olvidando al parecer que el estado morboso ge-

neral ó local, que es la verdadera causa de la amenorrea, reclama una atencion privilegiada. Para conocer hasta qué punto son falsas ó á lo menos superficiales las ideas de estos autores, supongamos que sobreviene una tisis pulmonal en una jóven próxima á la pubertad, y que no se presentan sus reglas en la época ordinaria, se dirá que padece una amenorrea *por retencion*; y si por el contrario se declara esta tisis en una mujer ya reglada, la amenorrea se llamará *por supresion*. Pero preguntamos nosotros ¿qué importancia puede tener esta distincion, que descansa únicamente en una coincidencia de edad y de tiempo, y nada influye en la verdadera enfermedad? Porque el peligro real en el caso que acabamos de presentar, depende de la tisis pulmonal y no de la detencion de la menstruacion.. Lo que acabamos de decir de la tisis es aplicable á todas las causas de la amenorrea; las cuales le imprimen una ú otra forma segun la edad del sugeto.

»Parécenos pues preferible tomar por base de las divisiones de este artículo las mismas causas de la afeccion, y describir separadamente: 1.º la *amenorrea constitucional*, que depende de un estado general de la constitucion; 2.º la *amenorrea por causa local*, advirtiendo que la lesion del útero no siempre es apreciable, y que muchas veces solo la anuncia un trastorno funcional: en esta segunda especie se encuentran las amenorreas que reconocen por causa las enfermedades del útero, ó un obstáculo mecánico á la salida de la sangre mensual *(la amenorrea por defecto de escrecion)*; 3.º en fin, otra amenorrea de mucho interés, que es la que se presenta á consecuencia de otra enfermedad de cualquiera de los órganos contenidos en las cavidades esplánicas. La frecuencia de esta amenorrea prueba hasta qué punto participa la matriz de los padecimientos de las demas vísceras.

»Estas tres especies pueden ser *completas* ó *incompletas*, es decir, que pueden las reglas, ó bien no presentarse ó suprimirse, ó bien ser menos abundantes. Estas circunstancias, que se encuentran á veces sucesivamente en una misma persona ó por una misma causa, no exigen un estudio separado. Asi pues se observará en cada una de las tres formas arriba indicadas, unas veces la retencion de las reglas, otras su supresion, y otras finalmente su disminucion. Todas ellas podrán ser tambien *primitivas*, esto es, existir desde la edad de la pubertad (amenorrea por retencion); ó *accidentales*, es decir, presentarse en una mujer ya reglada (amenorrea por supresion).

»1. Amenorrea constitucional ó dependiente de un estado general de la constitucion.—Háse considerado la menstruacion como el fenómeno mas constante y característico de la pubertad *(Recherches sur quelques unes causes qui hâtent on retardent la puberté*, por Marc d'Espine; *Arch. gén. de méd.*, t. IX, 2.ª série; 1835, p. 6). Los signos que la anuncian mas positivamente son: el desarrollo de los pechos y del vello, el aumento de anchura de la pelvis, los diversos cambios que se observan en la voz, las afecciones morales, y sobre todo la facultad ó aptitud á concebir. No hay para qué bosquejar la historia de la pubertad en la mujer; porque seria entrar en el dominio de la fisiologia; pero sí debemos investigar las causas que retardan la menstruacion, cuando este retraso da lugar á fenómenos morbosos.

»Causas.—Algunas constituciones parece que predisponen á la amenorrea. Se ha dicho que en nuestros climas las condiciones que solian retardar la época de la pubertad eran: cabellos de un color castaño oscuro, ojos negros, y una complexion débil y delicada» (Marc d'Espine, *loc. cit.*, p. 309). Pero se atribuye esencialmente á los temperamentos linfáticos, nerviosos y sanguíneos, la propiedad de ocasionar retenciones de las reglas. No han faltado médicos que han admitido: 1.º una constitucion nerviosa; 2.º una constitucion robusta en que las fuerzas pecan por esceso de vida; 3.º una debilidad general (Gardien, *Traité d'accouch.*, t. I, p. 334). Otros finalmente rechazan ó descartan la constitucion nerviosa, conservando solo el estado linfático y la plétora.

»Esta divergencia de opiniones prueba que la amenorrea se manifiesta en mujeres de constituciones muy diversas. Debe reconocerse sin embargo, que ciertas disposiciones orgánicas la favorecen mas comunmente que otras; asi es que hay fundamento para creer, que las mujeres que presentan los atributos del temperamento linfático son las que tienen mas tarde la menstruacion, y las que estan mas espuestas á interrupciones y supresiones. Como sus movimientos ó funciones moleculares se efectuan con notable lentitud, no hay porque sorprenderse de que el útero, como las demas vísceras, carezca de la vitalidad necesaria para hacerse asiento de la congestion intermitente que en él debe establecerse. Sin embargo conviene advertir, que el estado en que se encuentran las mujeres linfáticas, no constituye todavia la enfermedad. A cada paso se observa en los climas templados, y sobre todo en los frios, que estas mujeres gozan de buena salud hasta la época de la menstruacion; pero que entonces no se efectúa el flujo sanguíneo, pronunciándose mas la constitucion linfática y manifestándose los síntomas de la amenorrea.

»No se debe confundir esta astenia, esta flojedad de la constitucion, con la anemia y la clorosis, que una y otra pueden tambien impedir que se presenten las reglas. Con este motivo pregunta Broussais «si hay realmente casos de astenia y de anemia primitivas, que sean debidas únicamente al esfuerzo de la pubertad» (Broussais, *Cours de pathologie*, t. V, p. 323, 1835). Esta cuestion, digna del mas alto interés, está muy lejos de hallarse todavia resuelta. No obstante, todos los médicos han observado que la anemia de las jóvenes es una

afeccion, cuya causa no se suele encontrar en los modificadores que nos rodean; pareciendo que en esta época sobreviene de pronto un cambio profundo en el organismo: «pero sin saber como, en lugar de un aumento de vitalidad, hay súbitamente defecto ó escasez de fuerzas y de sangre» (Broussais, *loc. cit.*).

»A la disminucion de fuerzas se debe referir tambien la retencion de las reglas en las mujeres sometidas á causas debilitantes. El habitar en sitios bajos y húmedos, sustraidos á la accion de los rayos solares, los alimentos de mala calidad, ó poco reparadores, las afecciones morales, la tristeza, la vida sedentaria, las vigilias prolongadas, los trabajos escesivos, la convalecencia de enfermedades largas, las sangrias frecuentes ó muy copiosas, todas estas causas debilitan la economia y deben particularmente modificar el aparato de la secrecion menstrual. Vemos muy frecuentemente desarrollarse amenorreas primitivas ó accidentales, que no tienen otro orígen. El modo de obrar de estos agentes es casi idéntico: todos perturban la menstruacion deprimiendo las fuerzas, y produciendo un estado mas ó menos semejante á los que se conocen con los nombres de *anemia* y de *clorosis*. Sin embargo, no se crea que la amenorrea primitiva puede confundirse con la clorosis en una sola descripcion, como lo han hecho algunos autores.

»Los flujos blancos ó leucorréicos ¿son un obstáculo al establecimiento de las reglas, y pueden influir en esta funcion una vez establecida? Diremos ante todo, que solo hablamos de los flujos blancos idiopáticos que no se refieren á una enfermedad del útero ni de ningun órgano en particular. Esta cuestion es tanto mas importante de decidir, cuanto que se ha resuelto en sentidos diferentes. Si se admite que los flujos blancos idiopáticos son supletorios de los ménstruos, no pueden menos de dificultarlos puesto que ocupan, por decirlo asi, su lugar. Esta opinion, adoptada por infinidad de autores, parece tener en su favor gran número de hechos, y ademas está de acuerdo con otra circunstancia, á saber: que las mujeres afectadas desde mucho antes de la pubertad de flujos blancos que parecen constitucionales, presentan al mismo tiempo una flojedad, una atonia de todos los tejidos, que son una nueva causa de la retencion de las reglas. Marc d'Espine, de ochenta mujeres observadas en Paris, ha encontrado que 27 no habian tenido nunca flores blancas; y que de las 53 restantes, que las padecian en mayor ó menor grado, 26 las habian contraido mucho antes de la pubertad, 18 durante este período, y 9 solamente en época posterior (mem. cit., t. XIX, 2.ª série, p. 310). Parece pues que las flores blancas son un obstáculo al establecimiento de los ménstruos. Sin embargo, es tan corta la diferencia que resulta de los cálculos antes indicados, que no insistiremos mucho en esta causa de la amenorrea, con tanta mas razon, cuanto que médicos recomendables sostienen por el contrario, que los flujos blancos suelen coincidir con menstruaciones anticipadas.

»Algunas mujeres, sin estar dotadas del temperamento ó constitucion linfática desde su nacimiento, acaban por presentar sus atributos por haber vivido en circunstancias capaces de desarrollarla. La vida sedentaria, la ociosidad, el ejercicio de ciertas profesiones poco sanas, el uso de las bebidas acuosas calientes, las pasiones tristes, la tristeza, el dolor, las privaciones de todo género, son otras tantas causas que debilitan la constitucion y producen una amenorrea verdaderamente asténica.

»Esta puede ser primitiva (retencion de las reglas) ó accidental (supresion), segun la disposicion particular del cuerpo y el modo de obrar de la causa. Si las pasiones violentas, la cólera, el temor, la desesperacion; si una contrariedad repentina é inesperada, ocurren en el momento de la menstruacion, detienen súbitamente su curso ó disminuyen el flujo sanguíneo. Algunas causas físicas, que obran todavia con mas prontitud, producen asimismo la amenorrea accidental; tales son: la esposicion al aire frio, la ingestion de bebidas heladas, de purgantes ó alimentos crasos é indigestos. Tambien se cuentan entre las causas de la supresion: la sangria del brazo, la aparicion de ciertos exantemas, el sarampion, la escarlatina; pero estas las examinaremos con mas detenimiento al tratar de la amenorrea dependiente de una lesion orgánica.

»¿Puede perturbar ó trastornar el curso de la menstruacion la constitucion pletórica de algunas mujeres robustas, que por lo demas ofrecen todos los caractéres de la mejor salud? Hemos visto que en las mujeres debilitadas por una causa cualquiera, la sangre, muy pobre de fibrina, parecia incapaz de imprimir al útero, como á los demas órganos, el estímulo necesario para el libre ejercicio de sus funciones. En la plétora por el contrario, la sangre, muy rica en fibrina, se estorba á sí misma y desordena el flujo menstrual.

»Se ha dicho que en las jóvenes muy susceptibles rara vez se anunciaba la revolucion periódica sin fenómenos tormentosos. «El estado de escitacion precoz en que se encuentran las afecciones morales, y las variadas emociones que las atormentan, siembran en ellas el germen de todos los desórdenes futuros del histerismo y de la hipocondria» (Gardien, *loc. cit.*, t. I, p. 335). Haremos notar, que en los climas calientes, en que los habitantes, y particularmente las mujeres, presentan la constitucion nerviosa mas exagerada, la menstruacion es muy precoz, muy activa, y se desordena mas rara vez que en los demas paises. Los autores de los *Nuevos elementos de patologia* (Roche y Sanson, 2.ª edicion, t. II, p. 492), se esplican con este motivo en los términos siguientes: «Colócase tambien el temperamento nervioso entre las causas predisponentes de la amenorrea, como se

cuentan en el número de sus agentes productores el abuso de los licores espirituosos, los placeres venéreos muy repetidos, y otras muchas causas escitantes. Esto depende de que se ha confundido siempre la amenorrea sintomática de una irritacion desconocida, con la amenorrea verdaderamente asténica.» Creemos en efecto, que se han tomado con sobrada frecuencia los efectos de la amenorrea por la causa, y lo prueba la frecuencia de esos dolores nerviosos, de esas neuralgias, que aparecen por primera vez cuando se suprimen las reglas.

»Síntomas.—No puede suspenderse, ó faltar enteramente el curso de las reglas, sin que se revele inmediatamente por fenómenos morbosos el padecimiento de varios órganos. No tardan en presentarse las mas variadas y numerosas complicaciones, demostrando hasta qué punto influyen los órganos genitales en todos los aparatos. Así es que los síntomas generales esceden en número y en importancia á los locales.

»Estos consisten en dolores mas ó menos fuertes en los riñones, en los hipocondrios, algunas veces en la parte alta de los muslos; ó bien en dolores ó retortijones uterinos, una sensacion de peso en la pelvis y en los órganos internos de la generacion. Cuando se presentan estos síntomas por primera vez y no van acompañados de accidente alguno grave, se debe esperar al período ó turno mensual inmediato; porque hasta entonces regularmente, ó acaso mas tarde, no se establece esta exhalacion, ó reaparece despues de suprimida. Con todo, si sobreviene un verdadero estado de enfermedad, se examinarán los órganos de la generacion, para ver si estan convenientemente desarrollados, si se ensancha la pelvis, si el abultamiento y la sensibilidad de los pechos se manifiestan en épocas regulares.

»Los síntomas generales son muchas veces los únicos que anuncian el retardo menstrual. Esperimenta la mujer cansancio general, dolores en los miembros, especialmente al nivel de las articulaciones, una sensibilidad nerviosa que la vuelve impaciente, triste y melancólica, y dispone su espíritu á estrañas aberraciones; siente palpitaciones y disneas algunas veces intensas; sus digestiones comienzan tambien á trastornarse. Estos últimos síntomas corresponden mas bien á la clorosis, que no debe confundirse con la amenorrea, como han hecho muchos autores. Pero en el estado actual de nuestros conocimientos no puede establecerse una línea de demarcacion bien rigurosa entre estas afecciones; porque si es cierto que la clorosis parece depender, ora de la astenia de los órganos genitales, ora de una verdadera anemia primitiva, no es muy fácil precisar el punto donde comienza la amenorrea primitiva (*por retencion*). Así es que algunos autores han comprendido en una misma descripcion la clorosis y la retencion de los ménstruos (Gendrin, *loc. cit.*, p. 333).

»La falta del flujo ménstruo es el único síntoma característico que constituye la amenorrea. Cuando esta es accidental, ó por supresion repentina, se observan los fenómenos siguientes: las mujeres esperimentan retortijones ó dolores uterinos mas ó menos violentos, dolores en los lomos, una sensacion de peso en el útero y en la parte alta de los muslos, á veces calor en la vagina, y una tension muy incómoda en la region hipogástrica. Es muy importante para el tratamiento de esta enfermedad, saber de una manera aproximada á qué época del mes corresponde la menstruacion. No es esto muy difícil en las mujeres que tienen una supresion; pero en el caso de amenorrea primitiva, se necesita en general mucha atencion para poder apreciar algunos prodromos, porque en general son poco marcados.

»Curso y duracion.—No siempre es fácil decidir desde qué tiempo existe la amenorrea primitiva; puesto que la edad media de la pubertad y de la menstruacion sufre tantas y tan grandes alteraciones segun el clima, el temperamento, la constitucion, los alimentos de que se hace uso, la habitacion, etc. En Paris se presentan las reglas ordinariamente á los catorce años; sin embargo, la incertidumbre que reina sobre este punto no permite establecer de una manera positiva la duracion de la amenorrea. La primitiva es siempre mas larga que la accidental. Depende tambien su duracion de la naturaleza de la causa que la produce: las afecciones morales, la tristeza, el amor contrariado, son orígen de amenorreas, que persisten largo tiempo, ó determinan enfermedades crónicas que acaban con los sugetos.

»Puede cesar de pronto la amenorrea primitiva y accidental por una influencia tambien repentina y saludable, capaz de imprimir á los órganos una conmocion favorable: la alegría, una emocion de placer, y aun á veces de pesar, sacan en ocasiones á la matriz del estado de pereza en que estaba sumergida. La amenorrea producida por causas debilitantes, la tristeza, el amor, las privaciones de todo género, dura mucho tiempo; porque no siempre es fácil sustraer de su influjo á las enfermas. Pero si resulta de condiciones físicas, de la impresion del frio, etc., cede con facilidad en el primer turno ó á lo mas al siguiente. Cuando la detencion de las reglas ha durado ya muchos años, como por ejemplo cuatro ó cinco; cuando se han ensayado sin éxito muchos tratamientos convenientes y apropiados, debemos temer que no se establezca ya nunca el flujo menstrual. Ignoramos hasta qué punto es fundada la opinion de los autores, que piensan que si se suprimen las reglas durante el invierno, rara vez se consigue reproducirlas antes de principiar el estio (Gardien, *loc. cit.*, t. I, p. 359). No hay duda que la humedad, la insolacion menos activa y el frio, obran desventajosamente, disminuyendo la energía de los tejidos; ¿pero son estas causas suficientes para impedir que se presente la menstruacion?

»Diagnóstico.—Cada dia disminuye el número de as amenorreas constitucionales ó idiopáticas á medida que la observacion nos enseña á descubrir las lesiones que las originan. Al llamar á esta amenorrea constitucional, no hemos pretendido que exista por sí misma, independientemente de toda lesion. Por el contrario, hemos dicho al principio que no podia ni debia considerarse sino como un síntoma. Lo que hay es, que no hemos podido localizarla, y que coincide frecuentemente con un estado general que hemos llamado constitucional.

»Conviene ante todo distinguir entre sí las diferentes especies de amenorreas que hemos admitido. La revolucion completa de los órganos genitales y la ausencia de toda lesion local dan á conocer la amenorrea primitiva, que es la que estudiamos en este momento; pero puede confundirse con otros estados mas ó menos análogos, y en ocasiones no es tan fácil el diagnóstico como pudiera creerse.

»Asi es que, en las mujeres próximas á la edad crítica, pudiera tomarse por una enfermedad el efecto natural del progreso de los años y de la revolucion orgánica que entonces se prepara. Es tanto mas difícil de evitar este error, cuanto que muchas mujeres disimulan con cuidado todos aquellos datos que pudieran facilitarnos alguna luz. Reducido entonces el médico á una incertidumbre, que pudiera ser funesta á la enferma, debe esperar á que el tiempo venga en su ayuda, antes de recurrir á alguna medicacion activa. Un estado de preñez incipiente puede confundirse con una amenorrea. Las mujeres tienen á veces el mayor interés en disimular su embarazo, en cuyo caso eluden las preguntas mas hábilmente dirigidas. Si está la preñez adelantada, se podrán obtener algunos signos diagnósticos por la aplicacion del estetóscopo: las pulsaciones del corazon de la criatura y el ruido de fuelle, que se manifiesta en el punto de insercion de la placenta, no permiten dudar sobre la naturaleza del mal. Se procurará tambien por medio del tacto ver si existe el *tráqueo*. Pero todos estos signos faltan en los primeros meses del embarazo, y precisamente en esta época es cuando tiene mas importancia el diágnostico.

»Es sumamente difícil no confundir la clorosis con la amenorrea. Se necesita haber visto como empezó la afeccion y conocer las circunstancias que precedieran á su desarrollo, para no incurrir en error. Este, sin embargo, no trae inconvenientes, porque la terapéutica es igual en uno y otro caso. Lo mismo decimos de la anemia, que en ocasiones se revela, antes que por ningun otro síntoma, por un trastorno en la menstruacion.

»Complicaciones.—No hay enfermedad que no se haya indicado por los patólogos como complicacion de la amenorrea constitucional. Si quisieramos mencionarlas todas, tendriamos que enumerar todas las comprendidas en los cuadros nosológicos. Pero en el dia se halla demostrado, que los antiguos desconocieron el verdadero origen de la amenorrea, y no describieron mas que sus efectos. Asi pues, nos contentaremos con indicar las complicaciones reales que tienen un enlace íntimo con la falta de menstruacion.

»Una de las mas comunes es la susceptibilidad nerviosa. Se presentan los fenómenos mas insólitos, dolores generales, neuralgias y un estado de eretismo comunmente muy penoso, sobre todo en la amenorrea constitucional, que recae en mujeres predispuestas ya por su constitucion nerviosa. Son tan comunes estos accidentes, que hasta podrian considerarse como una complicacion esencial de la enfermedad.

»En cuanto á la palidez, la decoloracion en general, la astenia, y en una palabra, la clorosis, que se ha considerado como una complicacion tan ordinaria de la amenorrea que se ha hecho de ambos estados una sola enfermedad, reconocemos que constituye una disposicion general, que no se ha estudiado bastante, y sobre la que reina todavia mucha oscuridad. Si la clorosis procediera de la astenia de los órganos genitales, seria la complicacion mas importante de la amenorrea, puesto que dependeria tambien del estado del útero. Pero semejante estado, como ya hemos visto en otro lugar, debe referirse especialmente á una alteracion de la sangre.

»La plétora general es una complicacion no muy rara de la amenorrea. Se anuncia por un encendimiento ó rubicundez muy marcada de la cara, pulsaciones enérgicas de todas las arterias y del corazon, disnea ó sofocacion considerable, y todos los fenómenos que caracterizan la hiperemia. Entonces es cuando se presentan los síntomas cuyo conjunto constituye lo que los antiguos llamaban *sinoca simple* (Galeno), y Pinel *fiebre inflamatoria* ó *angioténica*. Hipócrates refiere en el libro tercero *de las Epidemias* la historia de una jóven, que en la época de su primera menstruacion fue acometida de una calentura aguda, con calor quemante, insomnio, sed viva, lengua encendida y seca. Las deyecciones alvinas y el delirio prueban que habia una inflamacion coexistente que no se conoció (Pinel, *Nosograph.*, 5.ª edic., p. 18, volumen 1). Pero en algunos casos el estado del útero que acompaña á la supresion ó la retencion de los menstruos, da lugar á fenómenos morbosos, cuyo punto de partida es difícil de encontrar. Se los ha querido referir á un estado inflamatorio de los vasos (*calentura angioténica*) y á la plétora general de todo el sistema circulatorio: «Muchas veces, dice Aygalenq (*Disert. anal. sur la fievre angiotenique*, p. 22) he tenido ocasion de ver en las jóvenes al acercarse la época de su primera erupcion menstrual, todos los caractéres de una calentura efemera, tales como pesadez de cabeza, molestia é incomodidad hácia los lomos, desazon general, vértigos, deslumbramientos, cara encendida, ojos animados, calor halituoso en todo el cuerpo, rubicundez de la piel, frecuencia y

plenitud del pulso, tumefaccion de las venas superficiales, algunas veces tambien de los pechos, y otros síntomas que cesan despues de la aparicion de las reglas.»

»Las supresiones, ora sean repentinas, ora sobrevengan de una manera lenta, van comunmente acompañadas de hemorragias supletorias. Hánse designado con el nombre de desviaciones menstruales las hemorragias que se efectúan por vias no acostumbradas, como la nariz, el pulmon, el estómago, los intestinos, los tumores hemorroidales, la conjuntiva, los oidos, el alveolo de un diente, el pezon, la piel, etc. Llenas estan las obras de ejemplos notables de estas desviaciones, que pueden considerarse como saludables en las mujeres robustas. Cuando no se efectúan tales hemorragias, sobrevienen á menudo accidentes muy graves, apoplegias pulmonales, cerebrales, un estado de angustia y de semi-asfixia, etc.

»No se puede admitir sin suma reserva la opinion de los autores, que refieren á los vicios de la menstruacion varias afecciones orgánicas de la matriz y de otras vísceras. Las flores blancas, que en algunas mujeres remplazan á los flujos menstruales, pueden considerarse como una secrecion supletoria; pero en el mayor número de casos no son sino efecto de la lesion principal que ha suprimido las reglas.

»Se han considerado ademas como complicaciones las mas diversas enfermedades; pero estas por punto general constituyen mas bien la causa de la amenorrea; tales son las afecciones del corazon y de los grandes vasos, la tisis pulmonal, la hipocondria, el histerismo, la clorosis, la anemia, el cáncer, los accidentes nerviosos mas variados, las neuralgias, etc.

»En las mujeres pletóricas puede sobrevenir la anasarca á consecuencia de una supresion. Cuando esta se verifica repentinamente, la serosidad se derrama con rapidez en el tejido celular de los miembros y la cara, y á veces en una ó muchas cavidades serosas.

»Las jóvenes mal regladas suelen tambien estar propensas á erupciones cutáneas, granos, orzuelos, erisipelas, que deben considerarse como supletorias de la evacuacion periódica.

»B. Amenorrea dependiente de un estado local de los órganos genitales.—La retencion ó la supresion de las reglas pueden depender de una lesion local apreciable; pero tambien sucede en ocasiones que el mas atento y detenido examen no la puede descubrir, y entonces es preciso atribuirlas á un simple trastorno funcional.

»Alteraciones anatómicas. — Si hubieramos de dar á conocer todas las lesiones que la autopsia permite comprobar en los sugetos atacados de supresiones menstruales, nos veriamos obligados á indicar todas las enfermedades de la matriz, la inflamacion, el infarto, la ulceracion, el escirro y dureza de su tejido, las desviaciones ó dislocaciones que puede esperimentar; deberiamos tambien describir las alteraciones de los ovarios, de las trompas y del peritóneo que las envuelve; y finalmente, ademas de las lesiones materiales del útero y sus anejos, nos seria preciso esponer las del pulmon, el hígado, el cerebro, etc. En todos estos casos la amenorrea es en realidad un síntoma de la enfermedad principal. Pero prescindiendo de estas alteraciones, ¿existe un estado del órgano que impida esencialmente el establecimiento de la menstruacion?

»Algunas veces se han encontrado las partes sexuales apenas desarrolladas, y la matriz de un volumen menor que el natural. Morgagni (epístola XLVII, §. 2), sin atribuir precisamente la ausencia de las reglas á esta disposicion orgánica, dice sin embargo haberla observado muchas veces en mujeres que nunca habian estado regladas. Creen algunos autores que la decoloracion del tejido de la matriz, comprobada por la autopsia en ciertos casos, pudiera esplicar la retencion de las reglas; pero es preciso notar que este estado anémico existia tambien en los demas órganos, y era efecto de la enfermedad general. Por consiguiente no podemos determinar á que especie de lesion se refieren tales amenorreas, que sin embargo parecen depender de un estado particular del útero.

»Algunas veces reconoce por causa la amenorrea un obstáculo puramente mecánico, situado en uno de los puntos del conducto vulvo-uterino. Este obstáculo consiste en un vicio de conformacion, que puede ser congénito ó accidental. Ora estan reunidos los grandes labios é imperforada la entrada de la vagina; ora la membrana himen cierra completamente la entrada del conducto vulvo-uterino; ó deja un paso sumamente estrecho; en otros casos han contraido adherencias entre sí ó con el orificio esterno del útero los lados opuestos de la mucosa vaginal; finalmente, en ocasiones está el cuello uterino imperforado ó tapado por una membrana, que parece ser continuacion de la mucosa vaginal. El trabajo del parto y la aplicacion del forceps pueden desgarrar el cuello de la matriz, estableciéndose consecutivamente adherencias entre sus labios. Los autores han dado el nombre de *amenorea por falta de escrecion* á esta verdadera retencion de las reglas.

»Causas.—Todas son locales y limitadas á la matriz. Hemos indicado de una manera general en el artículo de las lesiones anatómicas las diferentes enfermedades de que depende casi constantemente la amenorrea; no nos volveremos á ocupar de ellas: bástenos añadir aqui, que puede ser tambien efecto de un simple infarto del útero ó de la exaltacion de su sensibilidad. Finalmente, no puede dejarse de admitir, que no se halla el útero en su estado normal en las jóvenes cuya pubertad se establece con lentitud, y á las cuales Hipócrates y todos los médicos recomiendan el matrimonio.

»En ocasiones es imposible hallar ninguna lesion, y sin embargo no se ejecutan las funciones de la matriz. Entonces es cuando puede imprimir el coito un estímulo favorable. «Ha-

ce afluir la sangre hácia el útero; aumenta su sensibilidad, y obra tambien sobre sus anejos, principalmente sobre los ovarios, que se hallan intimamente conexionados con el cuello uterino.» (Broussais, *Cours de pathologie*, t. II, p. 231). En algunos casos los escesos del coito comunican al útero una escitacion exagerada, trastornando así la exhalacion mensual.

»Hay tambien algunas otras circunstancias, en que se desordena ó no se efectúa la menstruacion, sin que se pueda descubrir la causa. Las mujeres que se parecen á los hombres por sus inclinaciones, por la voz fuerte y sonora, y por el desarrollo de su sistema piloso estan por lo general mal regladas.

»Síntomas.–Si la causa de la amenorrea es un vicio congénito de conformacion, no suele descubrirse hasta la pubertad. Entonces se acumula la sangre de los ménstruos en la vagina ó en la matriz, por encima del obstáculo que se opone á su salida, y se forma un tumor, cuyo volumen se aumenta en cada época menstrual, quedando despues estacionario. Se le ve tocar al pubis, subir al hipogastrio y elevarse hasta el ombligo; simula bastante bien todos los fenómenos de la preñez, y se acompaña como ella de abultamiento de los pechos. Lo mas comun es que este tumor se desarrolle dentro de la pequeña pelvis. Si el obstáculo está situado en el orificio de la vulva, consistiendo por ejemplo en la imperforacion del himen, esta membrana, distendida por la sangre que se acumula, forma una prominencia ovoidea entre las paredes de la vulva. Es raro que pueda percibirse la fluctuacion en este tumor; sin embargo un cirujano de quien habla Wan Swieten, reconoció la presencia del líquido que empujaba la membrana (*Comm.*, t. IV, p. 185).

»Puede encontrarse el obstáculo en el orificio de la matriz; en cuyo caso se introduce este órgano en la vagina, y forma un tumor piriforme.

»El examen de las partes genitales da inmediatamente á conocer la naturaleza y asiento del obstáculo, cuando este se halla situado en las partes esternas de la generacion; se necesita el espéculum cuando ocupa el cuello; pero en el mayor número de casos basta el tacto para establecer un diagnóstico preciso. Circunstancias particulares, como la escasa edad, la presencia del himen, la repugnancia insuperable de las enfermas, ocasionada por el pudor, se oponen algunas veces á este último medio de investigacion. Entonces se ha propuesto recurrir á la esploracion por el recto; pero este recurso no puede dar suficientes luces, y se debe insistir en la necesidad del tacto, que no presenta entonces inconveniente alguno, puesto que esta amenorrea exige comunmente la division del himen.

»Tambien existen algunas veces síntomas determinados por la presion del tumor sobre los nervios ciáticos, el plexo sacro, la vejiga y el recto, como son: hormigueo de los miembros, dificultad y frecuencia en la emision de la orina y de las materias fecales, y una sensacion molesta de peso en toda la pelvis.

»Frecuentemente es la amenorrea sintomática de un infarto del útero. Cuando la congestion menstrual es muy activa, puede resultar una inflamacion, en cuyo caso se presentan todos los caractéres de una metritis aguda. Este infarto de la matriz se anuncia frecuentemente por una sensibilidad local bastante graduada, que hace á las mujeres desear el coito por mas que les cause dolor. De resultas de esta sensibilidad de los órganos genitales sobreviene una escitacion general, que desarrolla estraordinariamente la aficion á la música, los espectáculos, los recreos ó diversiones de toda especie.

»Entonces es cuando se manifiestan los fenómenos nerviosos con toda su intension, particularmente en las mujeres del gran mundo, cuya constitucion nerviosa se halla todavia mas exagerada por el género de vida que observan. Segun Broussais, «se esplican estos fenómenos anatómicamente por las íntimas relaciones del útero con el raquis, y por consiguiente, como dice Ollivier d'Angers en su *Tratado de las enfermedades de la médula*, con las porciones cerebrales destinadas á las pasiones afectivas» (Broussais, *Cours de pathol.*, t. II, p. 230).

»Muchas mujeres esperimentan, ya un poco antes, ya inmediatamente despues del flujo menstrual, algunas incomodidades, como son cólicos ó retortijones uterinos bastante intensos y dolores en los riñones; al mismo tiempo estan las enfermas inquietas, de mal humor y con una desazon muy notable. Estos dolores menstruales, acompañados de los demas síntomas que hemos indicado, constituyen lo que los autores han descrito con el nombre de *dismenorrea*. Vemos pues que esta no consiste mas que en una menstruacion incompleta y dolorosa, unida con un infarto uterino, que es preciso disipar si se quiere corregirla.

»Tiene esta amenorrea algunos síntomas locales, que pueden servir para darla á conocer. Se anuncia por dolor y calor en las regiones hipogástrica y lumbar, por una sensacion de peso en la pelvis y en la parte mas alta de los muslos, retortijones uterinos bastante agudos, un notable abultamiento del vientre y de los pechos. Todos estos accidentes se agravan cada mes, particularmente cuando la amenorrea es accidental y debida á una causa que ha suprimido repentinamente las reglas. Vénse tambien sobrevenir otros síntomas, tales como: palidez de la cara, bocanadas de calor que suben á la cabeza, cefalalgia intensa pasagera, jaquecas, trastornos variados de las digestiones y de la respiracion, y por último los signos de un estado de clorosis y de anemia, que puede complicar esta forma lo mismo que la primera.

»Curso, duracion y pronóstico.–La naturaleza de la lesion que produce la amenorrea es la que debe servirnos para calcular el tiempo de su duracion. Si es una enfermedad grave

del útero, un infarto crónico, un escirro del cuello ó del cuerpo de este órgano, el síntoma durará tanto tiempo como la causa de que depende, y entonces se puede formar un pronóstico desfavorable; porque, lo repetimos, la supresion menstrual es secundaria, y no puede servir de base al pronóstico, que debe fundarse enteramente en la naturaleza y gravedad de la afeccion orgánica.

»Creíase antiguamente que la inflamacion del útero y de otras vísceras podia presentarse á consecuencia de la amenorrea, y por lo tanto se formaba un pronóstico mucho mas grave de este síntoma, puesto que en realidad venia á recaer sobre la enfermedad que ocasionaba la supresion de los menstruos. Cuando la congestion sanguínea provoca la amenorrea, y es conocida del médico la naturaleza del mal, casi siempre puede aplicarse pronto remedio, á no ser que el infarto constituya el primer fenómeno de otra lesion incipiente.

»Diagnóstico.—Gran número de enfermedades del útero podrán reconocerse con el auxilio del tacto; pero las mas veces habrá necesidad de recurrir á la introduccion del espéculum, único medio de adquirir datos positivos sobre la existencia, el número, la situacion, la estension de las alteraciones. Seria imposible en la mayoria de los casos establecer el diagnóstico, si no se emplease este medio de esploracion. El infarto del útero no puede verse de otro modo, aunque algunas veces sin embargo se revela por la esterilidad. Desgracia es para la salud de un gran número de mujeres, que un mal entendido pudor se oponga á menudo á una investigacion que es el único medio de salir de dudas. «Si pues la amenorrea es antigua y pertinaz, si ha resistido ya á los medios ordinarios, el práctico prudente y esperimentado que tema comprometerse en un camino peligroso, no establecerá jamás un tratamiento sin haber sujetado antes á la mujer á un examen completo. Entonces empero deberá proceder con circunspeccion y miramiento respecto de las enfermas solteras, y respetando su virginidad, esplorará el estado del útero, no por la vagina sino por el recto, siempre que de este modo obtenga datos suficientes» (*Quelques considerations pratiques sur la amen. et la dismen.*, *Clinique* de Lisfranc; *Bullétin clinique*, por Piorry, Rameaux, l'Heritier, Thibert, número 5, 1.º de setiembre, 1835).

»Complicaciones.—No existen, hablando con propiedad, complicaciones de la amenorrea por causa local, pues no deben considerarse como tales las lesiones del útero que son causa y no efecto de la amenorrea. Algunos autores han considerado al flujo blanco como una complicacion de la enfermedad; pero ordinariamente no es mas que un flujo supletorio que remplaza á las reglas. No obstante reclama mucha atencion; porque casi siempre precede al trastorno de los ménstruos, y se hace abundantísimo cuando está enteramente suprimido el flujo sanguíneo. Esta sucesion de fenómenos morbosos debe considerarse como una consecuencia natural de las diferentes fases de una alteracion orgánica situada en la matriz ó en sus anejos, que latente al principio hace progresos tanto mas rápidos, cuanto mas disminuye la saludable secrecion que servia para descargar el órgano. El flujo seroso (leucorrea) es á veces una secrecion ventajosa; pero mas comunmente anuncia la gravedad del mal.

»Otra complicacion frecuente de la especie de amenorrea de que tratamos es esa susceptibilidad nerviosa, que pone á las enfermas en un estado de exaltacion penosísimo. La escitacion de los órganos genitales que ocasiona la amenorrea en algunas mujeres, determina tambien una sobre-escitacion de las facultades afectivas. En otras la inactividad de los órganos genitales va acompañada de palidez, de decoloracion, y en una palabra de todos los síntomas de la clorosis.

»**C. Amenorrea dependiente de una enfermedad visceral.**—Esta forma de la amenorrea, que podria llamarse *simpática*, es uno de los síntomas de casi todas las enfermedades de la mujer. No se verifica modificacion alguna en un tejido ó en la funcion de un órgano, sin que se supriman ó disminuyan inmediatamente las reglas. Y no se crea que para esto es indispensable una lesion material; basta una simple modificacion en la actividad de un aparato orgánico, ó una secrecion aumentada en cualquiera de las superficies de relacion. Detengámonos un momento en estas diferentes circunstancias.

»Causas.—Ya sea *primitiva* la *amenorrea*, ó ya *accidental*, lo primero que debe hacerse es indagar si depende de alguna enfermedad visceral. Aunque haya plétora, las grandes vísceras irritadas retienen la sangre. Ordinariamente es el corazon el que se encuentra en un estado de turgencia y de hipertrofia, y puede hallarse al mismo tiempo sobre-escitado y en un estado de semiflogosis todo el sistema arterial. Se comprueban tambien gastritis, congestiones, acumulaciones de sangre en el hígado, en los órganos subdiafragmáticos, mientras que los de la pelvis se encuentran, por decirlo asi, como olvidados» (Broussais, *loc. cit.*). Algunas veces se oponen á la fluxion de las reglas, ó desordenan su curso, una afeccion del cerebro, de la médula ó de sus membranas, las escrófulas ó el reblandecimiento de los huesos; pero la causa mas frecuente es la disposicion á la tisis pulmonal. En la época de la pubertad empieza á menudo á verificarse un trabajo morboso, que mina sordamente la constitucion antes que vengan los síntomas á revelar su existencia, siendo la amenorrea el único accidente que determinan por de pronto los tubérculos del pulmon.

»Hasta aqui hemos podido averiguar la causa material de la amenorrea; mas no siempre sucede asi: un simple trastorno en la funcion de un órgano puede tambien ocasionarla. La supresion repentina de la transpiracion cutánea

sin lesion de los órganos respiratorios ó de sus membranas, la exhalacion abundante ó la irritacion provocada en la superficie de los intestinos por la administracion de un purgante, son otras tantas causas capaces de desarreglar el curso de la menstruacion.

»La actividad funcional de un sistema orgánico basta algunas veces para impedir el flujo de las reglas. Asi es como obran las emociones morales vivas, la alegria, la tristeza, una noticia funesta anunciada repentinamente, el temor, las ocupaciones mentales muy continuadas, y finalmente, todas las causas capaces de imprimir á la inervacion una conmocion pasagera ó una modificacion mas larga y no menos peligrosa. Temeridad seria querer indicar la manera como obran tales causas; pero no puede ponerse en duda su influencia, y si se dejase un solo instante de tomarla en consideracion, no habria terapéutica racional posible.

»Síntomas.—Esta amenorrea se presenta unas veces al principio de las enfermedades, y otras en un período mas avanzado de ellas. En la tisis pulmonal seria difícil fijar la época en que se trastorna la menstruacion. En algunas jóvenes no se presentan las reglas, ó se suspenden desde que empiezan á toser; otras aun no tienen signo alguno que anuncie positivamente la tuberculizacion, y sin embargo les falta el flujo menstruo en la edad de la pubertad; en cuyo caso es indispensable examinar con el mayor cuidado las vias respiratorias y los demas aparatos ó sistemas orgánicos. A veces llegan las enfermas á una época adelantada de la tisis pulmonal, sin haber tenido trastorno en la exhalacion menstrual. En la mayoria de los casos no se suspende definitivamente la menstruacion hasta que empiezan á reblandecerse los tubérculos.

»Seria imposible poder decir en qué período de las enfermedades se declara la amenorrea. Si los órganos afectos tienen estrechas simpatias con el útero, como por ejemplo el estómago, el cerebro y el corazon, el trastorno de las reglas se presenta muy al principio. La constitucion nerviosa y la pletórica influyen tambien en la aparicion de este síntoma. Todos los dias vemos inflamaciones de parenquimas ó de órganos membranosos, que empiezan simultáneamente por una amenorrea y por los síntomas que les son peculiares. Esta notable coincidencia llamó la atencion de los antiguos; pero se engañaron respecto de su punto de partida, atribuyendo á la falta del flujo periódico las graves enfermedades que veian aparecer.

»Curso, duracion y terminaciones. — Nada podemos decir sobre este punto, porque para ello seria necesario transcribir la historia particular de cada lesion. Lo mismo sucede respecto del pronóstico, que está enteramente subordinado á la gravedad de la dolencia: si es la tisis ú otra desorganizacion profunda la que produce la amenorrea, el pronóstico será gravísimo, particularmente si sobreviene la cesacion de los menstruos en un grado avanzado de la enfermedad, constituyendo un signo precursor de la muerte.

»Tratamiento de las diferentes especies de amenorrea.—Al establecer las tres formas de amenorrea que acabamos de describir, nos propusimos como principal objeto asentar el tratamiento sobre una base racional. El número de sustancias que se han dirigido contra la amenorrea es casi infinito; pero todas se han propinado indistintamente en las mas opuestas circunstancias. Conviene pues buscar en la causa misma de la enfermedad las indicaciones terapéuticas que deben llenarse; pues de otro modo nos espondriamos á colocar en una misma línea medicamentos susceptibles de aprovechar y de dañar.

»*Amenorrea llamada constitucional.*—Hemos dicho que la amenorrea podia depender de una debilidad general, en cuyo caso la hemos llamado *asténica*: de esta nos ocuparemos desde luego. La indicacion que domina á todas las demas debe ser la de reanimar las fuerzas abatidas, á fin de que pueda efectuarse convenientemente la exhalacion menstrual, lo cual se conseguirá: 1.° cambiando las condiciones higiénicas en que viven las enfermas; 2.° por el uso de medicamentos tónicos, escitantes ó llamados *específicos*.

»*Modificadores higiénicos.*—1.ª *Indicacion.—Poner á las enfermas en las condiciones higiénicas mas favorables.*—Deberá someterse la persona debilitada á una insolacion prolongada, á un aire seco, tal como el que se respira en las montañas, á las fricciones secas; al mismo tiempo deberá escogerse la alimentacion con preferencia entre las carnes asadas, que esten cargadas de osmazomo y de fibrina. Se darán para bebida los vinos mas tónicos, mezclados con las aguas minerales ferruginosas de Sumas Aguas, de Castañar de Ibor en Estremadura, de Fuencaliente en la Mancha, de Gracna, Lanjaron y Peralejo en Andalucia, de Panticosa en Aragon, etc. Se procurará que las enfermas tomen baños de mar ó aguas minerales en los puntos que acabamos de enumerar. Las distracciones, los paseos, y todos los modos de ejercicio en general, son poderosos medios de curacion. No deberá olvidarse que conviene disipar la tristeza de las enfermas, sus pesadumbres y todas las afecciones morales que tan profundamente debilitan su constitucion; porque este es el mejor camino de evitar la muerte que las amenaza, ó esa languidez que lleva en pos de sí una multitud de enfermedades crónicas, la hipocondria y aun la enagenacion mental. Con no poca frecuencia es debida la amenorrea al cambio de alimentacion y de clima, como sucede en las jóvenes del campo que van á habitar á las grandes poblaciones. Débese entonces procurar volverlas, si no del todo, á lo menos en parte, á las influencias bajo las cuales vivian anteriormente. La obser-

vancia estricta de las leyes higiénicas, y la oportuna direccion de todos los modificadores naturales que obran sobre la economía, contribuyen eficazmente á restituir su primitiva salud á las mujeres afectadas de amenorrea, tanto que sin su auxilio se verian naufragar los remedios mas convenientes y apropiados á la naturaleza del mal.

»*Modificadores farmacéuticos.* — 2.ª *indicacion.—Reanimar las fuerzas á beneficio de sustancias tónicas.*—Es preciso recurrir á los medicamentos conocidos con el nombre de *tónicos*, los cuales llevan su accion á todos los sistemas, y principalmente al de la circulacion. Los mas usados son el hierro y sus preparados. Se administra en estado metálico, bajo la forma de limaduras *(limaturæ martis)*, solo ó asociado con polvos ó estractos amargos, con los aromáticos, con el jabon medicinal, el cremor de tártaro; tambien se prescribe una variedad del peróxido de hierro, con el nombre de *azafran de marte astringente*, á la dosis de doce á veinticuatro granos, una ó muchas veces al dia. Pero de todas las sales formadas por el hierro, la que se usa con mas frecuencia es el sub-carbonato; el cual se da casi siempre solo ó mezclado únicamente con un estracto amargo ó con una sal de potasa. Aprovecha particularmente cuando los tejidos estan pálidos, descoloridos, cuando se desarreglan las funciones digestivas, y todo hace temer que sobrevenga una clorosis Se prescribe á la dosis de media á una dracma, que se aumenta hasta dos y aun tres al dia. No hay duda que el principal efecto de esta medicacion es combatir el estado de clorosis ó de anemia incipiente; pero tambien proporciona curaciones prontas y duraderas en las amenorreas constitucionales. Blaud de Beaucaire preconiza en la clorosis una mezcla de cuatro dracmas de sulfato de hierro y una cantidad igual de subcarbonato de potasa, que se puede emplear tambien en las amenorreas simples ó complicadas con clorosis. Se hacen cuarenta y ocho píldoras ó bolos, y se da al principio cada cuatro dias una píldora por la mañana y otra por la tarde, sin mas auxiliar que una ligera infusion de manzanilla, que tampoco es indispensable (*Dic. de méd.*, por Merat y de Lens, t. III, artículo Hierro, p. 232).

»Los saludables efectos de las preparaciones ferruginosas se esperimentan en épocas variables, segun la antigüedad del mal. Al cabo de un mes, y á veces antes, ya es menor la debilidad, y este ventajoso cambio se anuncia por la coloracion del rostro y una nutricion mas activa; la circulacion se acelera, y aun se vé sobrevenir una plétora artificial: en este momento, es cuando suele establecerse la secrecion mensual. Tambien está el hierro indicado cuando reemplaza á las reglas un flujo blanco abundante, que parece depender de la debilidad de la constitucion; y entonces se pueden prescribir simultáneamente inyecciones vaginales con las aguas ferruginosas de los manantiales en que se encuentra el carbonato de hierro en grande cantidad. Los baños tomados en estos manantiales producen comunmente rápidas curaciones. Cuando se complica la amenorrea con dolores nerviosos ó neuralgias, recomiendan algunos autores el subcarbonato de hierro. En Inglaterra es en donde particularmente se ha empleado este medio en semejantes casos á la dosis de una á tres dracmas al dia en tres veces. Las numerosas observaciones recogidas por B. Hutchinson prueban que pueden obtenerse grandes ventajas de la administracion de esta sal de hierro á dosis altas (V. *Journ. univers. des sc. méd.*, t. XIX, p. 70; *Journ. de Edimb.*, t. XVIII, p. 321 y 414).

»Hemos descendido á algunos pormenores sobre este medicamento, porque es el que cuenta mejores resultados. Tambien se han prodigado en esta enfermedad toda especie de escitantes. Hánse alabado sucesivamente la quina, la quasia simaruba, los aromáticos, como la canela, el amomo, el cardamomo, los agenjos y otras muchas plantas, la menta, la melisa, la salvia, el agno casto; los amargos, como la genciana, el trebol acuático, la centaura, etc. La accion de estos medicamentos ha podido ser favorable en algunas amenorreas; pero no se deben usar sino cuando haya seguridad de que las vias digestivas puedan soportarlos sin inconveniente.

»Las mujeres robustas y pletóricas, que tienen un esceso de vigor y de fuerza, es evidente que no pueden usar ninguno de los medicamentos precedentes. En estas, se conseguirá la aparicion del flujo mensual disminuyendo la riqueza de los fluidos y la cantidad de sangre por medio de repetidas sangrias. Cuando á una supresion sucede un estado de plétora, se hacen aun mas indispensables las evacuaciones de sangre. En tales circunstancias se han visto aparecer inflamaciones visceralesó hemorragias por distintas vias; y la sangria es la única que puede evitar las funestas consecuencias que determinan estos accidentes.

»3.ª *Indicacion. — Llamar la sangre hácia los órganos de la generacion.*—Inútil por lo menos seria, antes de haber modificado la constitucion, hacer uso de las sustancias emenagogas. Sin ocuparnos ahora de averiguar si estos medicamentos producen de una manera específica una congestion sanguínea en el útero, preciso es reconocer, que á consecuencia de su administracion se ve frecuentemente fluir con abundancia los ménstruos. Pero no se deben emplear sino con suma circunspeccion, en casos estremos, y contando ademas con la seguridad de que los intestinos se encuentran en disposicion de tolerarlos. Los emenagogos, tales como el azafran, la ruda, los agenjos, la artemisa, la sabina, administrados con mesura y al aproximarse el tiempo en que deben presentarse las reglas, convienen á las mujeres de temperamento linfático, y á aquellas cuya supresion está sostenida por falta de escitacion

de los órganos genitales. Tambien se han propuesto las cantaridas, y la tintura del iodo. Hablaremos de ellas cuando tratemos de la amenorrea ocasionada por un estado de inercia del útero; porque se han administrado especialmente con el objeto de estimular el sistema genital.

»Al mismo tiempo que se usan estas sustancias, se procura llamar la sangre hácia el útero á beneficio de pediluvios, semicupios, baños de asiento, sangrias locales ó generales practicadas en los miembros inferiores ó en las inmediaciones de la pelvis, ventosas y fumigaciones con el vapor de agua caliente ó de plantas aromáticas. Todos estos medios tienen por objeto determinar la congestion sanguínea necesaria para el flujo menstrual. Estos mismos agentes terapéuticos forman la parte mas importante del tratamiento de la segunda especie de amenorrea; por cuya razon volveremos á ocuparnos de ellos mas adelante con el detenimiento necesario. Por ahora solo diremos, que es preciso muy desde el principio y hasta en la amenorrea constitucional habituar las partes á esta fluxion sanguínea; para lo cual se prescribirá al mismo tiempo que el tratamiento general, el uso de fajas de abrigo, de baños de asiento, de lavativas calientes, de cataplasmas, etc.

»La amenorrea constitucional se resiste muchas veces á todos estos medios de tratamiento, y entonces debe insistirse en las aplicaciones locales. En la época presumible de la aparicion de las reglas se colocan cinco ó seis sanguijuelas á la parte interna de los muslos ó á la cara esterna de los grandes labios; y se reitera dos ó tres dias seguidos esta aplicacion, cuidando de no dejar correr las picaduras mas de un cuarto de hora. Lisfranc prefiere en estas circunstancias una sangria del pie de dos á cuatro onzas. Para que aproveche este tratamiento, es preciso muchas veces usarle cinco, seis y aun ocho meses seguidos (*Bullétin clinique*, n.° 5, 1.° de setiembre, p. 148). Con un objeto análogo se han aconsejado tambien los baños de asiento, los pediluvios calientes, las cataplasmas casi quemando aplicadas sobre el hipogastrio ó en la parte interna y mas alta de los muslos, las ventosas secas ó escarificadas en estos mismos puntos, las lavativas escitantes, las fumigaciones aromáticas, y las inyecciones calientes en la vagina retenidas por medio del decúbito dorsal. Tambien se ha propuesto la irritacion de los pechos por medio de ventosas, como queria Hipócrates, ó á beneficio de sinapismos. En los *Archives générales* (t. IV, año 1831, 2.ª série, p. 528) pueden leerse dos observaciones, en las que la aplicacion de anchos sinapismos á los pechos reprodujo las reglas que hacia mucho tiempo se habian suprimido.

»Algunas veces se emplean los antiespasmódicos, unidos con los tónicos y con los amargos, en las mujeres de constitucion nerviosa, con el fin de calmar la agitacion y todos los accidentes neuropáticos capaces de alterar la menstruacion. Cuando existen las neuralgias, que tan frecuentemente complican la amenorrea, se da la asafétida, el alcanfor, el éter y el almizcle. Por último, en algunas circunstancias prueban bien las preparaciones opiadas, calmando la estremada irritabilidad que atormenta á las pacientes.

»*Tratamiento de la amenorrea dependiente de un estado local del útero.—Infarto del órgano.*—Los medios que acabamos de dar á conocer, si bien son útiles para provocar las reglas cuando la matriz está sana, no hacen mas que agravar la dolencia cuando se halla infartada esta víscera, puesto que se aumenta el infarto en razon de la actividad de los medicamentos. Asi pues la primera y mas importante de las indicaciones es la de combatir este infarto con el auxilio de una ó dos sangrias del brazo, practicadas cinco ó seis dias antes de la época presumible de la menstruacion; se aconsejan ademas los baños, las bebidas emolientes, la aplicacion de cataplasmas, y un régimen suave. Convienen mucho estos medios á las mujeres pletóricas cuyas reglas se han detenido repentinamente; pero en las pálidas, débiles y linfáticas, los reemplazarán ventajosamente la tisana de genciana ó de lúpulo, los vinos amargos y un régimen fortificante y tónico. Las sangrias agravarian tal vez el estado de las personas flojas y linfáticas; pero pueden muy bien repetirse tres ó cuatro veces seguidas en las mujeres robustas. Sin embargo, deberá renunciarse á ellas, si aun llegando á este número, no produjeran ventajosos resultados.

»Sucede algunas veces que son acometidas las mujeres de dolores y cólicos intensos en cada época menstrual. En vano se cubren el vientre de paños calientes, y beben abundantes tisanas emolientes; sus padecimientos continúan hasta que toman píldoras de opio ó lavativas con la adicion de algunas gotas de láudano. Tambien se recomiendan las lavativas simples casi frias, las inyecciones narcóticas y la sangria revulsiva del brazo. En el caso de que los órganos genitales fuesen asiento de una sensibilidad esquisita, se aconsejará la abstinencia de los placeres del amor; porque el coito exaspera comunmente los dolores y aumenta al propio tiempo la susceptibilidad general.

»*Atonía de los órganos genitales.*—Otras veces parece que se hallan los órganos de la reproduccion en un estado de entorpecimiento, cuya causa es difícil de averiguar. El estado general es satisfactorio, la constitucion sana y robusta, y sin embargo las mujeres estan mal regladas. Entonces se recomienda el matrimonio, como medio á propósito para determinar un cambio favorable por el estímulo que comunica al sistema reproductor. Hipócrates, Felix Plater, F. Hoffmann y otros, observan que muchas veces han empezado á presentarse las reglas despues del primer coito (Plater, en

Praxi, cuad. XIV, y F. Hoffmann, *Medic. ration. system.*, t. IV, part. VI, p. 401).

»Al tratar de la amenorrea constitucional hemos dicho, que despues de haber procurado modificar la constitucion por un tratamiento general, era necesario llamar la sangre hácia las vias genitales, y para este fin emplear las sustancias emenagogas. Cuando la amenorrea depende solo de una atonia de los órganos de la generacion, lo cual es muy raro, no hay que satisfacer mas que esta última indicacion; pero se deben buscar los emenagogos mas activos. El iodo se ha considerado en estos últimos tiempos casi como un específico en la amenorrea. Brera de Padua refiere haberle visto aprovechar muchísimas veces; Recamier y Trousseau lo administran ordinariamente en tintura. El primer dia es la dosis de 15 gotas, y se puede ir aumentando sucesivamente hasta 24, 28 y aun 72 gotas. Se diluye la tintura en una pocion aromatizada y dulcificada, que se toma en 4 veces en las 24 horas. Los efectos que produce, segun Trousseau, son: «una sensacion de calor en la region del estómago, seguida muy luego de pulsacion en las arterias de la cabeza; cefalalgia sub-orbitaria, tension en los ojos, dolores mas ó menos fuertes en los brazos, en los muslos, en el hipogastrio; aceleracion del pulso, calor de la piel, comezon, erupciones diversas en los tegumentos, aumento del sudor y de la secrecion urinaria (*De le iode dans la amenorrée*, por Trousseau; *Journal des connais. méd. chir.*, noviembre 1833, p. 74-75).» Tambien se observan cólicos, que las enfermas comparan á los que preceden á la aparicion de las reglas. Debe continuarse la medicacion dos ó tres dias despues de establecido el flujo menstrual. Brera no teme dar el iodo por espacio de 20 ó 30 dias seguidos; pero muchas veces sobrevienen desórdenes bastante graves en las funciones digestivas, que obligan á suspender su uso.

»Para administrar el iodo, lo mismo que el azafran, la artemisa y los demas emenagogos, es preciso estar seguros de que no existe infarto alguno en la matriz. En cuanto á las cantáridas, es su uso demasiado peligroso para que pueda indicarse como medio de tratamiento. Se ha llegado en algunos casos hasta á hacer inyecciones irritantes en la vagina para provocar las reglas. Se lee en el número de julio del *Repertorio médico y quirúrgico del Piamonte* (*Journal des connais. méd. chir.*, setiembre y octubre 1833, p. 61), que el médico piamontés Fénoglia, se ha atrevido á hacer inyecciones en la vagina con cuatro ó cinco gotas de amoniaco, disueltas en tres ó cuatro onzas de agua destilada de malvas. Las conclusiones del autor darán una idea esacta del remedio: «El amoniaco posee una accion estimulante, difusiva, pronta, enérgica, capaz de restituir al útero sus funciones normales, pero capaz tambien de originar una metritis» (*loc. cit.*, p. 61).

»Tambien se han empleado para escitar el flujo ménstruo los medicamentos que obran sobre el conducto intestinal, y en particular sobre el recto. Se ha pretendido que el aloes favorecia la secrecion menstrual, ocasionando una congestion en los intestinos gruesos y en la pequeña pelvis. En los hospitales de Italia se usa mucho una fórmula, que consiste en una mezcla de aloes y sabina (estracto de aloes ocho granos, estracto de sabina seis granos; háganse seis píldoras y dése una cada tres horas).

»Terminaremos lo concerniente á la amenorrea por estado local, advirtiendo que generalmente se hace necesaria una operacion quirúrgica, cuando está suspendida la escrecion de los ménstruos por alguno de los obstáculos que hemos indicado. Hipócrates, que conoció muy bien todas las causas de la amenorrea por defecto de escrecion, y en particular por obturacion del orificio uterino mediante una membrana ó á consecuencia de dislocacion del útero, aconseja la dilatacion del cuello. (*De natura muliebri*, capítulos XXXVII, XXXIX y XLVIII). Tambien recomienda, cuando el útero se ha vuelto hácia el coxis, darle una direccion conveniente, hacer lociones primero emolientes y luego aromáticas. Creia el médico griego, que en estas desviaciones estaba cerrado el orificio uterino, y que semejante estado constituia una de las principales causas de la retencion de las reglas.

»*Tratamiento de la amenorrea simpática, ó dependiente de una enfermedad visceral.*—Muy poco tenemos que decir acerca del particular, porque el tratamiento de esta amenorrea se confunde con el de la lesion principal que la produce. Sin embargo, como se ha querido algunas veces reproducir las reglas, aun sabiendo que la supresion era debida á un desorden local situado fuera del útero, debemos examinar la siguiente cuestion: ¿Conviene combatir la amenorrea dependiente de una enfermedad visceral? Tomemos por ejemplo la tisis pulmonal, que se acompaña muchas veces de trastornos en la menstruacion. En el momento en que la desorganizacion se hace mas profunda, y se estiende á casi la totalidad del pulmon, es precisamente cuando se suelen suprimir las reglas; y entonces tambien se hacen mas graves todos los accidentes, y se presenta la calentura héctica. ¿Se debe atribuir á la supresion alguna parte en el desarrollo de estos fenómenos, ó la consideraremos solamente como uno de los numerosos efectos de la alteracion pulmonal? No creemos que haya duda alguna en este punto: seria por lo menos inútil procurar el restablecimiento de la funcion suspendida, y sobre inútil, inconveniente y peligroso si estuviese debilitada la enferma; porque las aplicaciones de sanguijuelas á los muslos no harian mas que aumentar la debilidad.

»Con todo, si en una mujer pletórica y que presentase ademas síntomas manifiestos de tisis pulmonal, la amenorrea, ya hubiese acaecido de pronto ó ya con lentitud, viniese acompa-

ñada de graves accidentes, de una disnea considerable, ó de hemotisis, deberia intentarse provocar las reglas, para disminuir el aflujo de sangre que se efectúa en los órganos respiratorios, y que es la única causa de la amenorrea. Casi siempre es preciso, al mismo tiempo que se provocan las reglas, calmar la irritacion del parenquima pulmonal con el auxilio de un tratamiento apropiado á la naturaleza de la afeccion; el cual será tambien el medio mas eficaz de restablecer el flujo menstrual. Cuando este no se ha presentado todavia en una jóven afectada evidentemente de una tisis tuberculosa, se procede del mismo modo. La tisis parece recibir un funesto impulso del defecto de exhalacion mensual; porque la sangre que estaba destinada al útero para el desempeño de esta funcion, afluye toda al pulmon y aumenta la gravedad del mal. En todos estos casos es preciso recordar, que si se quiere favorecer con algun éxito el aflujo de sangre hácia los órganos sexuales, es indispensable combatir ante todo la inflamacion de las vísceras. Concluiremos pues diciendo, que como la amenorrea no es ordinariamente mas que un epifenómeno de las enfermedades, si la irritacion y la congestion estan en el corazon, es preciso combatirlas con la sangria y la digital; y si en el pulmon, en el estómago ó en el hígado, se debe emplear el tratamiento apropiado á estas diferentes afecciones, y solo asi veremos desaparecer los trastornos de la menstruacion.» (Monneret y Fleury, *Compendium de Médecine pratique*, t. I, p. 54 y siguientes.)

ARTICULO SEGUNDO.

De la metrorragia

»Sinonimia.—*Ροος ερυθρος ροος πολλυς* de Hipócrates; *αιμορροια* de Dioscorides; *menorrhagia* de Sauvages, Linneo, Vogel, Cullen, y Swediaur; *hæmorrhagia uterina* de Juncker: *hæmorrhagia uteri* de Hoffmann; *metrorrhagia* de Sagar, Plouquet y Frank; *paramenia superflua* de Good; *fluor uterini sanguinis* de Boerhaave; *sanguinis stillicidium ab utero* de Ballonius; *hysterorrhagia sanguinea* de Swediaur; *stillicidium uteri*, *menses stillantes*, *menorrhagia stillatitia* de diversos autores.

»Definicion y division.—La metrorragia es la hemorragia del útero, y por lo tanto debe darse este nombre á todo *flujo de sangre por los vasos uterinos que esceda los límites de la menstruacion, ó que se verifique en épocas distintas de las menstruales* (Desormeaux y P. Dubois, art. Metrorragia, *Dic. de méd.*, t. XIX, página 631). Se ha dado el nombre de *menorragia* á las reglas inmoderadas, y el de *metrorragia* al flujo sanguíneo que sobreviene fuera del tiempo de la menstruacion; pero nos desentenderemos de semejante nomenclatura, que generalmente se halla abandonada, y designaremos con la palabra *metrorragia* todas las hemorragias uterinas.

»Estas se han dividido primeramente segun que se manifiestan: 1.° en el *estado de vacuidad*, 2.° en el *de preñez*, y 3.° durante el parto ó inmediatamente despues de el. Tambien se admiten metrorragias *espontáneas*, *traumáticas*, *activas* y *pasivas*.

»Las *traumáticas* forman una clase muy legítima; pero su estudio corresponde á la cirujia, y por lo tanto no deben ocuparnos aqui.

»A escepcion de algunas causas especiales, como la insercion viciosa de la placenta, la falta de contraccion de la matriz despues de la espulsion de la criatura, etc., las metrorragias que sobrevienen *durante la gestacion ó el parto*, en nada se diferencian de las que se verifican en el estado de vacuidad; sin embargo, como estas hemorragias pertenecen completamente á la obstetricia, no las comprenderemos en nuestra descripcion, y solo trataremos en este artículo de la *metrorragia que sobreviene en el estado de vacuidad*.

»En fin, por lo que hace á la division en *activas* y *pasivas*, ya conocen nuestros lectores los motivos que tenemos para no adoptarla (V. Hemorragia en general, t. I), pues lo que hemos dicho al tratar en general de las hemorragias, puede aplicarse rigurosamente á la que vamos á estudiar.

»Tambien se han distinguido metrorragias *constitucionales* (idiopáticas, esenciales, espontáneas); *succedáneas* (supletorias, desviadas), *sintomáticas* (funestas, perniciosas), *simpáticas*, *críticas* (saludables), *espasmódicas* (nerviosas), *intermitentes*, *epidémicas*, etc. (Sisay, *Essai sur l'hemorrhagie uterine*, tésis de Paris, 1837, n.° 126); pero ya hemos hablado de estas distinciones, que se han aplicado á todas las hemorragias: tambien hemos demostrado muchas veces la inmensa importancia práctica de la division que nosotros hemos introducido en la historia de las hemorragias, y que especialmente en la que ahora nos ocupa, es la condicion *sine qua non* de una terapéutica racional y eficaz, y de un estudio razonado de la enfermedad.

»Alteraciones anatómicas.—La palidez, la decoloracion, la blandura propia del tejido del útero, la presencia de coágulos mas ó menos voluminosos y antiguos, y de una especie de falsa membrana que cubre en parte ó en totalidad la cara interna del órgano (Lisfranc), son las únicas alteraciones que pertenecen á la metrorragia por sí sola; pues todas las demas que pueden encontrarse en la matriz, se refieren, no al flujo sanguíneo, sino á las diferentes causas patológicas capaces de ocasionarlo.

»Sintomas.—Todos los autores, aun los mas modernos, se contentan con hacer una descripcion general, que ó bien se aplica tan solo á una de las diferentes especies de metrorragia, ó bien no es mas que una reunion heterogénea de fenómenos contradictorios, que no puede darnos una idea esacta y precisa de la enfermedad.

»Los prodromos de las metro-hemorragias, dice Gendrin, consisten en un dolor gravativo que ocupa los lomos y el hipogastrio, al que se agrega comunmente una desazon general, cefalalgia, bocanadas de un calor como febril que se difunde por todo el cuerpo, agitacion, etc. Estos síntomas precursores rara vez desaparecen, aunque se presente la hemorragia uterina; sino que persisten por lo comun durante los dos ó tres primeros dias de esta sin modificarse, ó por lo menos sin perder mucho de su intension, *constituyendo asi los principales síntomas comunes á todas las metro-hemorragias.*» (Gendrin, *Traité philosophique de médecine pratique*, t. II, p. 89-90; Paris, 1839).

»En verdad, que á no ser Gendrin quien escribe estas líneas, se inclinaria uno á creer que el médico que tal dice es porque no ha observado mas que un solo caso de metrorragia. ¿Es conforme á los principios de una medicina *filosófica y práctica* atribuir á todas las metrorragias fenómenos que solo pertenecen á la metrorragia por plétora? ¿ha visto Gendrin el dolor gravativo, la cefalalgia y las bocanadas de calor general y como febril, en las que suceden á un cáncer ulcerado del útero?

»¿Diremos, si no, como se ha hecho en obras modernas, que «el flujo sanguíneo que caracteriza la menorragia se establece poco á poco ó de repente; que se verifica sin interrupcion, ó bien se suspende ó renueva con cortos intervalos; que los coágulos son espelidos con dolor uterino ó sin él, y que el pulso, ora es desarrollado, dilatado y duro, ora pequeño, contraido, etc.» (Grisolle, *Traité elementaire et pratique de pathologie interne*; Paris, 1844, t. I, página 624.—Lisfranc, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, t. II, p. 425)?

»¿No es evidente que no puede describirse cual conviene la metrorragia sin tener en cuenta la naturaleza del flujo sanguíneo? ¿y no es estraño, que despues de decir Grisolle que trataba de llenar un vacío de la ciencia, y resumir fielmente los principales trabajos de medicina práctica publicados hasta el dia, se haya limitado á dividir las hemorragias en *activas* y *pasivas*, y haya creido trazar un cuadro general, cuando se contenta con indicar que los síntomas difieren mucho segun el órgano por donde se verifica el flujo sanguíneo, y la mayor ó menor cantidad del mismo (Grisolle, *loc. cit.*, p. 584-586)?

»Por nuestra parte adoptaremos la misma division que en los demas artículos que ya hemos consagrado á diferentes hemorragias.

»*Metrorragia por aumento de los glóbulos sanguíneos.* (metrorragia activa, esténica, pletórica, etc.).—La hemorragia se anuncia durante un tiempo mas ó menos considerable, por todos los síntomas de la plétora, los que se hacen muy intensos en los últimos dias que preceden al flujo sanguíneo. Las enfermas esperimentan cefalalgia, bocanadas de calor, vértigos y zumbido de oidos; la cara está rubicunda, el pulso duro y desarrollado, y las mamas tumefactas y tensas; se manifiesta una sensacion de peso, de calor y tension, en la region hipogástrica; sobrevienen dolores mas ó menos agudos en las íngles; hay un ardor y un prurito á veces muy intenso en los órganos genitales, y practicando el tacto vaginal se encuentra el útero voluminoso y renitente.

»La hemorragia se verifica casi siempre durante la época menstrual; y ora se presenta de pronto, en cuyo caso fluye la sangre desde luego en grande abundancia; ora aparecen las reglas con sus caractéres habituales, sin que sobrevenga el flujo morboso hasta despues de uno ó dos dias.

»Muchas veces se forman en la vagina coágulos voluminosos, que detienen por algun tiempo la sangre, pudiéndose creer que ha cesado definitivamente el flujo; pero basta que la enferma se levante ó haga un movimiento, para que salgan los coágulos y se reproduzca la hemorragia. Tambien se forman á veces los coágulos en la cavidad uterina; en cuyo caso provocan dolores espulsivos, semejantes á los del parto, que pueden hacerse muy intensos, y comunmente despues de su espulsion aparece la hemorragia con nueva intensidad.

»La metrorragia pletórica consiste casi siempre, no en que duren mas los ménstruos, sino en su mayor abundancia: las enfermas pierden una gran cantidad de sangre en algunos dias (4 á 10); despues disminuye el flujo poco á poco, hasta que al fin se restablece el estado normal.

»Cuando la metrorragia se verifica y reproduce en la época menstrual, es necesariamente intermitente ó periódica; pero ademas en algunos casos raros, que se observan sobre todo en la edad crítica, se presenta el flujo sanguíneo de un modo periódico, con intervalos mas ó menos largos é independientemente de la época de las reglas (V. HEMORRAGIAS EN GENERAL, t. I).

»*Metrorragia por disminucion de la fibrina de la sangre* (metrorragia pasiva, asténica, atónica, crónica, etc.).—Esta no se anuncia por ningun prodromo, y solo unos momentos antes de su invasion esperimentan las enfermas horripilaciones, enfriamiento de los miembros, y una constriccion en la superficie del cuerpo.

»El flujo sanguíneo es poco abundante, pero dura mucho y se reproduce por la menor causa; las recidivas son muy frecuentes; la sangre es pálida, fluida; no se forman coágulos, y por consiguiente no hay dolores espulsivos; el pulso es pequeño, débil é irregular, y la cara se halla descolorida.

»Las metrorragias pasivas sobrevienen casi siempre en las épocas menstruales; pero tambien suelen reproducirse en los intervalos que las separan, y algunas veces es, por decirlo asi, permanente el flujo sanguíneo.

»Cuando se han verificado muchas hemorragias sucesivas, se manifiestan síntomas generales de gravedad: las enfermas padecen del estómago y son difíciles sus digestiones; se en-

flaquecen, pierden el apetito y sienten dolores vivos en el occipucio; en los intervalos que separan las hemorragias tienen un flujo leucorréico mas ó menos abundante; estan lánguidas, débiles y pálidas; sus ojos presentan una especie de areola parda, negra ó lívida; se les ponen los pies edematosos, sobre todo por las tardes; se vuelven melancólicas é histéricas, y en fin, presentan á veces derrames serosos en el pecho ó en el abdomen (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 420). La mayor parte de estos síntomas, y otros que pudiéramos agregar, pertenecen á la anemia ó á la cloro-anemia, que sigue muy de cerca á las hemorragias. Los autores que han escrito mas recientemente sobre la metrorragia, no han sabido referir estos síntomas á su verdadera causa, y consideran como las últimas fases del flujo sanguíneo accidentes que dependen de otra enfermedad, es decir, de la anemia incipiente ó confirmada.

»Las metrorragias constitucionales son bastante raras: en la hemorrafilia el flujo sanguíneo se verifica comunmente por otras superficies, aunque Gendrin dice haber observado metrorragias hereditarias, independientes de toda condicion fisiológica apreciable. «No es muy raro, dice este médico, que la hemorragia menstrual, tanto en su manifestacion normal como en sus desarreglos en las primeras épocas de la vida, se conduzca de un mismo modo en todas las mujeres que provienen de un origen comun; pero esta conformidad de todas las circunstancias de la menstruacion en las personas de una misma familia, se marca especialmente por la aptitud que tienen los flujos cataméniales á convertirse en verdaderas pérdidas patológicas de sangre. La influencia de la predisposicion hereditaria á las hemorragias uterinas se observa hasta en jóvenes impúberes: conocemos una familia en que todas las niñas, durante tres generaciones, han padecido hemorragias uterinas, que sobrevenian con irregularidad desde los seis á los nueve años.» (Gendrin, *loc. cit.*, p. 113.)

»No debe olvidarse que las metrorragias pasivas, ora son primitivas, ora consecutivas, y que estas últimas suceden á las demas especies, observándose á menudo, cuando una hemorragia uterina por plétora ha sido muy abundante, ó se ha renovado muchas veces, que la sigue un flujo pasivo. Reproducimos esta última asercion, porque hablan de ella todos los autores; pero no podemos adoptarla completamente. Ya saben nuestros lectores que no creemos que la anemia por sí sola, es decir, la disminucion de los glóbulos sanguíneos, pueda producir hemorragias; y por lo tanto opinamos que en los hechos mal establecidos de metrorragia anémica de que hablan los autores, habria alguna alteracion local que permaneceria oculta. Ademas nadie ignora que la anemia es una causa de congestion visceral; ¿por qué pues la metrorragia llamada anémica no lo ha de ser por congestion uterina? Hacemos esta reserva para lo sucesivo, y rogamos al lector la recuerde en los diferentes pasages de este artículo; advirtiendo por lo demas, que nuestra objecion en nada altera los síntomas ni el tratamiento de la metrorragia titulada *anémica*; pues siendo la causa de la congestion uterina hemorragipara la disminucion de los glóbulos sanguíneos, lo que es preciso combatir en último resultado es la alteracion de la sangre.

»*Metrorragias por alteracion de los sólidos que modifican la testura ó la circulacion del órgano.* — Las hemorragias de este género son, como veremos, muy numerosas, y tal vez las mas comunes. Son mas ó menos abundantes y frecuentes, segun la naturaleza de las causas que las producen (V. CAUSAS); se las observa especialmente en las mujeres que han dejado de menstruar, ó en las que padecen un estado morboso primitivo, que ha suprimido mas ó menos completamente las reglas. Cuando existen en una mujer que tiene menstruacion, rara vez acompañan al flujo catamenial, y se reproducen en épocas irregulares. Muchas veces es el hocico de tenca el asiento de la alteracion que produce la hemorragia; en cuyo caso no proviene el flujo de la cavidad uterina, sino que se verifica en la superficie del cuello, y la sangre se derrama seguidamente en la vagina. Hemos visto con mucha frecuencia hemorragias de este género en mujeres afectadas de ulceraciones fungosas de mal carácter y cancerosas, que solo ocupaban cierta estension del cuello uterino, y no comprendemos cómo puede decir Gendrin, que «fuera del estado de gestacion no ha visto todavia un caso, en que proviniese la sangre de la superficie del hocico de tenca» (*loc. cit.*, p. 121).

»Cuando la lesion de los sólidos ocasiona el flujo sanguíneo antes de producir alteraciones generales de gravedad, la metrorragia solo presenta los síntomas locales que la caracterizan; pero en el caso contrario, ó cuando se ha renovado el flujo muchas veces, va acompañada de los fenómenos pertenecientes á la caquexia en que se halla sumida la enferma, ó de los que acompañan átoda hemorragia pasiva. No debemos ocuparnos aqui de los síntomas que determina la enfermedad primitiva (véase DIAGNÓSTICO); porque por punto general la metrorragia considerada aisladamente no es mas que un síntoma, y su estudio como el de todas las hemorragias, corresponde casi en totalidad á la semeiologia.

»*Metrorragias por simple lesion dinámica.*— Las hemorragias uterinas incluidas en este órden, van casi siempre acompañadas, ora de los fenómenos que hemos asignado á las hemorragias llamadas *activas*, ora de los que pertenecen á las *pasivas*; pues en el mayor número de casos, si la lesion dinámica produce el flujo sanguíneo, es porque favorece su accion un estado general primitivo, alguna de las alteraciones de la sangre que dejamos indicadas. Es muy raro que una lesion dinámica provoque

una hemorragia sin que exista mas que una lesion local del útero; sin embargo, en algunas ocasiones en que ejerce su accion durante el flujo menstrual, puede aumentar la abundancia de este hasta trasformarlo en patológico; pero entonces el único síntoma de la metrorragia es la salida de una cantidad considerable de sangre.

»Curso, duracion y terminacion.—Es imposible establecer ninguna generalidad sobre este punto, pues todo depende de la naturaleza de la hemorragia.

»La metrorragia por plétora puede no verificarse mas que una vez, sin volver á reproducirse; es susceptible de renovarse periódicamente, ora acompañe, y es lo mas frecuente, al flujo menstrual, ora se verifique despues de haber este cesado; lo mismo sucede con todas las llamadas *constitucionales* y *por lesion dinámica*. No existe en la ciencia un solo ejemplo de muerte producida por una hemorragia de esta naturaleza; pues cuando el flujo es muy abundante, lo detiene por lo comun un síncope, y las mas veces cesa espontáneamente la hemorragia luego que la economia se ha descartado, por decirlo asi, de la cantidad morbosa de glóbulos sanguíneos.

»Las metrorragias llamadas *pasivas*, y ya se sabe lo que entendemos por esta denominacion que únicamente empleamos en obsequio á la brevedad, tienen comunmente un curso irregular y una duracion muy larga; porque la alteracion de la sangre de que dependen, no puede destruirse sino por un tratamiento tónico y reconstituyente que siempre, es bastante largo. Estas hemorragias, sean primitivas ó consecutivas, son por lo comun poco abundantes, y no llegan á producir los síntomas graves que dejamos indicados, sino despues de muchas recidivas: la terminacion suele ser funesta; pero casi siempre es debida á las complicaciones antecedentes ó ulteriores, y no á la hemorragia por sí sola. En algunos casos sin embargo, á fuerza de recidivas, puede ser la pérdida de sangre bastante considerable para producir la muerte.

»Las hemorragias por lesion de los sólidos estan completamente subordinadas á la alteracion primitiva, y solo cuando el flujo sanguíneo depende de una lesion cancerosa grave de la matriz, puede ser bastante abundante para producir por sí solo una terminacion funesta.

»Cualesquiera que sean las circunstancias que presidan al desarrollo de la metrorragia, solo es muy abundante por espacio de uno ó dos dias, y cesa por lo comun al cabo de cuatro ó cinco.

»Las hemorragias uterinas casi nunca cesan de un modo repentino, sino que se observan intermisiones cada vez mas largas y completas, y aun algunas veces se interrumpe súbitamente la disminucion gradual del flujo, sobreviniendo exacerbaciones, durante las cuales fluye la sangre con la misma intension que al principio.

»La duracion está generalmente en razon inversa de la abundancia de la hemorragia, y varia entre algunas horas y seis ú ocho dias; sin embargo, en algunos casos en que el flujo sanguíneo es poco abundante, puede prolongarse sin interrupcion muchas semanas. Debe esceptuarse de esta regla la metrorragia de las jóvenes impúberes, que aunque siempre es considerable, rara vez dura mas de dos ó tres dias (Gendrin, *loc. cit.*, p. 100).

»Atendido el conjunto de sus recidivas, puede la metrorragia durar muchos años, sobre todo cuando coincide con el flujo menstrual. Esta larga duracion se observa muchas veces en las mujeres que han padecido abortos reiterados.

»Las hemorragias uterinas son en general cada vez menos abundantes y frecuentes, á medida que la enferma avanza en edad; pero la disposicion á las recidivas es tanto mayor, cuanto mas considerable ha sido el número de hemorragias.

»Pueden aumentar singularmente su duracion ciertas imprudencias de las enfermas: la bipedestacion, la progresion, los movimientos violentos, los esfuerzos musculares, el coito y todas las causas escitantes, sostienen muchas veces hemorragias, que en circunstancias opuestas no tardarian en suprimirse.

»Muchas veces cesan espontáneamente en la edad crítica, despues de haber persistido muchos años, resistiéndose á todo tratamiento.

»Las metrorragias periódicas ó intermitentes de los autores pertenecen casi todas á las reglas inmoderadas, ó al menos á las metrorragias por plétora (V. Hemorragias en general). Hay sin embargo algunos hechos en la ciencia, en que no se ha encontrado la causa de la periodicidad del flujo sanguíneo. Picqué ha visto una metrorragia intermitente cuotidiana regular, que sobrevenia todos los dias á las seis de la mañana (*Journ. de méd.*, t. XLII), y Arloing una intermitente terciana. Los hechos de este género son sin embargo muy raros y mal observados, y creemos que en realidad han de ser casos de fiebre intermitente.

»Diagnóstico.—El diagnóstico de la metrorragia es bastante complexo: procuraremos establecerlo cuidadosamente.

»*Reconocer la metroragia, aunque no fluya la sangre al esterior.*—El doctor Heming divide la metrorragia en *esterna*, *intra-uterina* é *intra-vaginal*, y dice haber visto muchos casos de metrorragias, en los que no salia la sangre al esterior, acumulándose en la cavidad del útero ó en la de la vagina (*Journ. complement. des sc. méd.*, t. XLI, p. 327). Son raras las hemorragias internas, á no ser durante el embarazo, en el curso del parto ó despues de él; pero cualquiera que sea la naturaleza del flujo, sucede muchas veces, cuando se ha hecho el taponamiento, que continúa fluyendo la sangre, y

llega á distender enormemente los órganos internos; circunstancia que en tales casos importa mucho reconocer.

»Otras veces no se detiene la sangre en la matriz, que apenas se halla dilatada, sino que se acumula en la vagina, y forma un coágulo que puede tener el volumen de la cabeza de un niño. En este caso no suministra signo alguno la palpacion del abdomen, y la enferma no esperimenta ningun dolor uterino; siendo la palidez del rostro, la frialdad de las estremidades, el síncope que ocurre casi siempre, y la sensacion de fluir un líquido caliente, los únicos signos racionales que pueden hacernos sospechar la pérdida de sangre. Introduciendo la mano en la vagina, se sale al instante de dudas (Heming, *loc. cit.*).

»Cuando la sangre se acumula en el útero, esperimenta la enferma dolores uterinos mas ó menos intensos, una sensacion de tirantez y plenitud en el abdomen; no tarda en sobrevenir el síncope, y la palpacion nos da á conocer un tumor, cuyo volumen es relativo al grado de distension de la matriz.

»Siempre debe estar el práctico prevenido contra las hemorragias internas, porque pueden determinar una pérdida considerable de sangre sin revelarse por ningun signo esterior. Madama Boivin refiere con el nombre de *hemorragia uterina interna* (oculta, latente) algunos casos, en que se detenia la sangre menstrual en el útero ó en la vagina, á causa de una obliteracion permanente ó temporal de las partes genitales (*Mémoires sur les hemorrhagies de l'uterus*, etc.; Paris, 1819). Numerosos son los hechos de este género; pero no puede llamarse hemorragia á una coleccion de sangre derramada por un órgano sano, retenida por un obstáculo mecánico en el mismo ó en otro inmediato (la vagina).

»*Reconocer si la sangre que sale al esterior proviene del útero.*—Nada mas fácil que averiguar si la sangre viene de la vagina ó de la uretra; pues basta separar los grandes labios y lavar las partes, para conocer de donde sale. Mas difícil es distinguir si la ha suministrado la vagina ó el útero; pero las hemorragias vaginales son casi esclusivamente traumáticas, y ademas introduciendo el espéculum, y limpiando las partes por medio de una inyeccion, se ve si procede la sangre de la vagina, de la superficie del hocico de tenca ó de la cavidad uterina.

»*Reconocer si el flujo sanguíneo es fisiológico ó patológico.*—1.º *Flujo menstrual.*—Pueden, aunque rara vez, existir hemorragias uterinas antes de la pubertad; pero como la edad en que esta aparece varia mucho en los diversos individuos, no porque una metrorragia se presente en una niña de pocos años, se ha de concluir que este fenómeno no pertenece de modo alguno á la menstruacion; pues la reproduccion periódica de las reglas demostraria lo contrario en el mayor número de casos. Solo pues, cuando la hemorragia uterina sobreviene en una edad muy tierna, como por ejemplo antes de los ocho ó diez años, es cuando podemos decidirnos con alguna certidumbre.

»Cuando la hemorragia aparece en un tiempo próximo á la pubertad, es preciso tener en cuenta la falta ó presencia de otros signos que caracterizan este período de la vida; pero, segun dice con razon Gendrin, como estos signos son muchas veces inciertos, y la erupcion de las reglas es en un número bastante considerable de jóvenes el primer fenómeno de la revolucion de la pubertad, solo atendiendo á la abundancia del flujo sanguíneo, ó á la presencia de una causa evidente de hemorragia uterina, es como puede establecerse el diagnóstico. Las recidivas con intervalos irregulares no tienen bajo este aspecto valor alguno; pues rara vez se establece de pronto la periodicidad de los ménstruos.

»Las mismas consideraciones pueden hacerse respecto de las mujeres que se acercan á la edad crítica: los flujos sanguíneos que presentan no pueden considerarse con certidumbre como patológicos, á no ser que aparezcan mucho tiempo despues de la cesacion completa y confirmada de las reglas, que sean muy abundantes, ó que se verifiquen bajo la influencia de una causa manifiesta de hemorragia uterina.

»Sabido es que pueden establecerse las reglas en las mujeres que crian, sin que por eso padezcan estado morboso alguno. Por lo tanto no debe considerarse en ellas como patológico el flujo sanguíneo, sino cuando es mucho mas abundante y persistente que las reglas, ó va acompañado de otros síntomas morbosos. «Cuando la hemorragia es patológica, se disminuye casi siempre considerablemente desde el principio la cantidad de la leche, convirtiéndose en un líquido seroso, que como los calostros ejerce frecuentemente en las criaturas una accion purgante» (Gendrin, *loc. cit.*, p. 94).

«Las metrorragias, dice Gendrin, que empiezan y se reproducen en las épocas menstruales, prolongándose mas allá de la duracion ordinaria de las reglas, ó consistiendo solo en una abundancia insólita durante un tiempo igual á la duracion habitual de las mismas, deben á estas circunstancias el caracter de enfermedad que las distingue de la hemorragia catamenial» (*loc. cit.*, p. 122). Esta proposicion nos parece muy esacta, y la aceptamos de buen grado; porque en efecto, si bien no hay duda que la duracion y abundancia de las reglas varian singularmente en los diversos individuos; si bien es preciso averiguar si existe ó no alguna causa patológica á la cual pueda atribuirse el flujo, y ver si hay trastornos funcionales, no por eso hemos de decir «que apenas es preciso tomar en consideracion la cantidad de sangre derramada» (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 426), sobre todo si se tiene cuidado de no considerar esta cantidad de una manera absoluta, sino comparativamente con la que haya evacuado la misma mujer en los flujos menstruales anteriores. Una

hemorragia catamenial se convierte en patológica, en una *metrorragia*, por el solo hecho de ser demasiado abundante ó durar mucho tiempo: no debe perderse de vista esta proposicion, que ya tuvimos nosotros en cuenta al definir la enfermedad que nos ocupa.

«Algunos autores dicen que la sangre de los ménstruos apenas es coagulable, y jamás forma cuajarones, sucediendo lo contrario en el flujo patológico, ó al menos en la metrorragia activa.» Este caracter diferencial tiene en efecto algun valor; pero es preciso no darle demasiada importancia; pues hemos visto muchas veces flujos enteramente fisiológicos en que se han formado coágulos, y metrorragias de las llamadas *agudas* ó *activas*, cuya sangre era muy líquida.

»Cuando es abundante el flujo fisiológico, puede ir acompañado de dolores uterinos bastante vivos, lo mismo que el patológico.

»Dícese que en este la mucosa vaginal y los pequeños y grandes labios estan mas inyectados, mas hinchados y calientes al tacto; que es mayor el volumen del útero, y el hocico de tenca se halla mas rojo y tumefacto; pero estos signos son inciertos, y rara vez ilustran el diagnóstico.

»En resumen, á menos que haya una causa patológica evidente, no tenemos signo alguno absolutamente positivo, que indique si un flujo sanguíneo que se manifiesta en una época menstrual es fisiológico ó patológico; por lo tanto es preciso apreciar comparativamente su duracion y abundancia, considerándolo como morboso siempre que se observe, ó haya motivo para temer, el desarrollo de los desórdenes que acompañan á las pérdidas de sangre muy considerables.

»Pueden presentarse tres formas, como dicen con razon Desormeaux y P. Dubois: ó bien aparece la sangre en las épocas menstruales en mayor abundancia que de costumbre; ó la cantidad es la misma en un tiempo dado, prolongándose mas el flujo; ó bien en fin es menor el espacio que separa las reglas; cuyos diferentes modos se combinan á veces entre sí. Conviene tener en cuenta todas estas circunstancias para establecer el diagnóstico.

»2.° *Lóquios.* — Cuando el flujo sanguíneo se verifica antes de la fiebre láctea, es preciso apoyarse en consideraciones análogas á las que acabamos de esponer, para averiguar su naturaleza; mas si por el contrario sobreviene despues de la subida de la leche, es sin duda patológico; pues desde que se establece la secrecion mamaria, ya no está formado el flujo loquial por sangre, sino por un líquido seroso, rojizo y fétido.

»3.° *Aborto.* — Este no puede dar lugar á dudas, sino cuando se verifica en una época poco distante de la concepcion.

»La supresion anterior de las reglas, la existencia de los fenómenos sintomáticos que acompañan comunmente al embarazo en su principio, y la presencia de dolores uterinos intermitentes, espulsivos, etc., durante la hemorragia, son otros tantos signos que distinguen el aborto de una simple metrorragia.

»Pero tambien puede suceder, en los casos de aborto provocado, que la mujer oculte al médico todas las circunstancias que acabamos de indicar, y entonces, si el embarazo se halla tan poco adelantado que la esploracion de la matriz no da á conocer la verdadera naturaleza de los accidentes, y si el tacto no nos demuestra suficientemente que se verifica un trabajo fisiológico de espulsion, no hay medio de establecer un diagnóstico cierto, y no puede el práctico salir de dudas, á no ser que examine con cuidado los coágulos espelidos, y encuentre el huevo ó algunas de sus partes.

»Los casos de este género son muy delicados, y ponen á prueba el talento de los mas hábiles profesores; advirtiendo que es tanto mayor la dificultad, cuanto que es complexa; pues en efecto, no basta reconocer si la matriz se encuentra en estado de vacuidad ó si contiene un cuerpo estraño, sino que es preciso determinar tambien la naturaleza de este. La espulsion espontánea de un cuerpo fibroso, de un pólipo, etc., produce frecuentemente fenómenos enteramente iguales á los del aborto.

»En tales circunstancias conviene en general conducirse como si hubiera una metrorragia simple, siempre que la esploracion del útero no suministre dato alguno; pero en el caso contrario, ó cuando la hemorragia se resista á todos los medios empleados, convendrá dilatar artificialmente el cuello del útero, y penetrar en este órgano, para esplorar con cuidado su cavidad. Preciso es confesar que algunas mujeres perecen, porque muchos médicos ignoran ciertos preceptos, que sin razon se desechan del dominio de la patologia interna, bajo el pretesto de que pertenecen esclusivamente á la cirujia ó á la obstetricia.

»La estraccion del cuerpo estraño que ocupa la matriz es muchas veces el único medio de contener la hemorragia producida por su presencia; siendo por lo tanto de mucho interés establecer un diagnóstico positivo respecto de este punto.

»*Reconocer la causa de la hemorragia patológica.*— «Las hemorragias uterinas, dice Gendrin, que sobrevienen antes de la pubertad, en los intervalos de las reglas, despues del parto, desde la subida de la leche hasta la época en que suelen establecerse normalmente los ménstruos, y las que se verifican despues de la edad crítica confirmada, todas constituyen enfermedades.» En efecto, cuando una hemorragia uterina se manifiesta en cualquiera de estas condiciones, se halla el práctico autorizado para considerarla como patológica. Pero lo que mas importa para el tratamiento es reconocer la causa del flujo morboso; respecto de lo cual repetiremos con Lisfranc, que las metrorragias son sintomáticas mucho mas á menudo de lo que se

cree generalmente; cuya asercion se halla especialmente justificada por las investigaciones de Andral y Gabarret sobre la composicion de la sangre en la plétora, en las fiebres graves, el escorbuto, etc.

»Las causas patológicas capaces de producir una hemorragia uterina son muy numerosas (V. Causas), y tendriamos que hacer la historia de estas diversas alteraciones, si quisiéramos establecer respecto de este punto el diagnóstico de la metrorragia. Solo indicaremos aqui algunas reglas generales, que pueden reducirse á tres.

»Sospechar un aborto cuando la metrorragia sobreviene repentinamente en una mujer joven, que ha gozado hasta entonces de buena salud.

»Examinar con cuidado el estado general de la enferma, averiguando si la hemorragia depende de plétora, de una afeccion del corazon, del pulmon, del hígado ó de los ovarios.

»Conocer el estado del útero por medio del tacto y del espéculum. «No me cansaré de repetir, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 431), que jamás deben omitirse estos medios de esploracion, y no imitar á muchos médicos, que tratan las enfermas por espacio de seis meses, de un año y aun mas, sin pensar siquiera en acudir á ellos.» Tiene razon este autor, y ya en otras ocasiones hemos insistido en la importancia de sus consejos. Solo esplorando el útero podrá conocerse si la hemorragia depende de ulceraciones del cuello, de un cáncer ulcerado, de un infarto, de una inflamacion subaguda de la matriz, de un aborto, de la presencia de un coágulo, de un cuerpo fibroso, un pólipo, un quiste hidatídico, etc. En una palabra, sin inspeccionar directamente el órgano, ignora el médico noventa veces al menos entre ciento la verdadera causa de la metrorragia.

»Pronóstico.—Se halla completamente subordinado á la causa del flujo sanguíneo, y no puede sujetarse á reglas generales; sin embargo, diremos que es tanto mas grave, cuanto mas débil está la enferma y cuanto mayor es su edad y mas se ha reproducido el flujo.

»La metrorragia de las jóvenes impúberes rara vez es funesta, y desaparece comunmente cuando se regulariza la menstruacion.

»Algunos autores creen que la metrorragia ocasionada por un cuerpo fibroso desarrollado en el espesor de la matriz, cesa á menudo espontáneamente despues de la edad crítica. Lisfranc opina lo contrario.

»Una metrorragia poco abundante, que se renueva muchas veces con cortos intervalos, debe inspirar mas temor que un flujo sanguíneo abundante accidental.

»Las metrorragias que han tenido muchas recidivas, ocasionan á menudo la esterilidad ó predisponen al aborto.

»Por último, á veces puede considerarse la metrorragia como un fenómeno favorable, cuando sobreviene aisladamente ó en las épocas menstruales en una mujer afectada de plétora ó de una inflamacion aguda, y cuando se presenta con los caracteres de una hemorragia crítica, supletoria, etc.

»Etiologia.—A. *Causas predisponentes.*—1.° *Edad.*—Es muy rara la metrorragia antes de la pubertad, aunque La Motte dice haber observado una hemorragia uterina por plétora en una niña de siete años (*Traité complet de accouchements*, t. II, p. 1358, Paris, 1775), y Gendrin metrorragias constitucionales en criaturas de seis á ocho años. Es bastante frecuente en la época en que se establece la menstruacion; mas durante la edad nubil, y todavia mas hácia la edad crítica y despues de ella; de modo, que puede establecerse que la predisposicion á la metrorragia se aumenta con la edad.

»2.° *Temperamento.*—Las mujeres de temperamento sanguíneo, que menstruan habitualmente con mucha abundancia, se hallan predispuestas á las metrorragias activas; y las nerviosas y linfáticas á los flujos crónicos pasivos, sobre todo hácia la edad crítica.

»3.° *Causas higiénicas.*—a. *Circunfusa.*—«No hay ninguna causa higiénica, dice Gendrin (*loc. cit.*, p. 114), que ejerza mas influencia para disponer á la metrorragia, que el calor atmosférico. Las mujeres menstruan mas en los paises calientes que en los frios, y durante el estio que en el invierno: las que pasan de un pais frio á otro cuya temperatura es muy elevada, sufren un aumento en las reglas y adquieren mas disposicion á las metro-hemorragias.» El habitar en parages muy elevados favorece las hemorragias uterinas. Saucerotte refiere haberlas observado con mucha frecuencia en las mujeres que habitan las cimas de los bosques, y añade que las curaba enviando á las enfermas á los valles (Saucerotte, *Melanges de chirurgie*, p. 25).—b. *Applicata.* El uso de los corsés, de vestidos muy apretados y las presiones mecánicas hechas sobre el abdomen, favorecen la metrorragia. Segun Gendrin, la presion que ejercen diariamente en el vientre la especie de cestas en que llevan sus géneros las vendedoras ambulantes, las dispone mucho á las hemorragias uterinas (*loc. cit.*, p. 115).—c. *Ingesta.* Los alimentos demasiado sustanciosos predisponen á las hemorragias por plétora; y cuando son insuficientes ó mal sanos, favorecen por el contrario los flujos por disminucion de la fibrina de la sangre. El abuso de los licores espirituosos y del café, y la costumbre habitual ó inmoderada de tomar afrodisiacos, emenagogos ó purgantes acres, favorecen igualmente las metrorragias, produciendo irritaciones y congestiones uterinas.—d. *Acta.* El ejercicio exagerado, la bipedestacion prolongada por mucho tiempo, las marchas forzadas, la carrera, el baile, la equitacion, el caminar en un carruage mal suspendido y los escesos del onanismo ó del cóito, etc., obran del mismo modo que los modificadores que acabamos de enumerar.—e. *Percepta.* Las pasiones vivas, la tristeza, y las *escitaciones morales* (pensamien-

tos, lecturas, conversaciones, eróticas), predisponen tambien á las hemorragias uterinas.

»*Causas fisiológicas.*—A estas corresponden las preñeces demasiado frecuentes y sobre todo poco distantes entre sí. Esta circunstancia es una de las causas predisponentes mas comunes y poderosas de la metrorragia.

»*Causas patológicas*—La presencia de un pesario, las aplicaciones repetidas de sanguijuelas al cuello uterino, las inyecciones calientes, escitantes é irritantes; la cauterizacion del hocico de tenca, los baños de asiento calientes, los tópicos irritantes aplicados á las estremidades inferiores; los abortos repetidos, las irritaciones gastro-intestinales crónicas, la presencia de vermes en el tubo digestivo; la plétora, las fiebres graves, el escorbuto, las enfermedades del corazon, la época del destete, y el no dar de mamar despues del parto, son otras tantas causas que indican los autores. Por último, pudieramos mencionar la mayor parte de las enfermedades del útero; pero como estas obran mas frecuentemente como determinantes, las enumeraremos en otro lugar.

»B. *Causas determinantes.* — 1.° *Higiénicas.*—Todos los modificadores higiénicos que hemos colocado entre las causas predisponentes, pueden ocasionar directamente la metrorragia, siendo imposible establecer un límite riguroso entre estos dos órdenes de causas. Generalmente es complexa la accion que produce el flujo sanguíneo, y varia segun las circunstancias. Asi es, que la ingestion de un emenagogo violento determina una metrorragia en una mujer predispuesta á padecerla por un estado pletórico, y la plétora la determina en otra predispuesta por una congestion del útero debida al uso habitual de los emenagogos. Nunca debe perderse de vista, al indagar las causas de una hemorragia, que á veces se hallan invertidos sus papeles y combinados de mil modos.

»Nos limitaremos á recordar ó mencionar la influencia que tienen: una temperatura demasiado elevada, la ingestion de una sustancia irritante, los ejercicios violentos, el canto, los gritos, el estornudo, los esfuerzos musculares, la cólera, el terror, la alegria muy viva, las caidas sobre los pies, las rodillas, las nalgas, etc. Los escesos del coito provocan muchas veces la metrorragia, como lo ha demostrado Parent-Duchatelet, especialmente cuando se verifican en la época menstrual, durante el embarazo ó poco despues del parto.

»Los modificadores higiénicos apenas ocasionan la metrorragia, sino en mujeres ya predispuestas por un estado pletórico ó una afeccion del útero, ó que tienen á la sazon un flujo sanguíneo fisiológico (reglas, loquios).

»2.° *Causas patológicas.*—Las hemorragias uterinas dependen muchas veces de una subinflamacion del útero consecutiva á un parto ó á un aborto, y producida y sostenida por imprudencias de la enferma (V. TRATAMIENTO). La hipertrofia de la matriz, los pólipos, los tumores fibrosos y los quistes hidatídicos de este órgano, lo mismo que las úlceras de diversa naturaleza que ocupan el hocico de tenca, son causas que tienen una influencia enérgica y muy comun: el cáncer del útero ulcerado, es tambien una de las mas frecuentes y mas graves. Hay otra causa de metrorragia, que apenas mencionan los autores, y sin embargo es de las mas eficaces segun Hervez de Chegoin, cual es la accion de los diferentes tumores del ovario, que producen flujos sanguíneos por el obstáculo que oponen á la circulacion de la matriz. Dicho profesor ha visto numerosos casos de este género. Las afecciones del hígado, del bazo, y aunque mas rara vez las del pulmon, corazon, estómago é intestinos; la presencia de vermes intestinales y el uso de los preparados del mercurio, pueden tambien considerarse como causas determinantes de la metrorragia.

»TRATAMIENTO. — Todavia hay médicos que creen necesaria la sangria del brazo, la dieta, etc., en toda clase de metrorragia; pero escusamos recordar, que solo puede ser eficaz la terapéutica, cuando tiene relacion con la causa del flujo sanguíneo. Para establecerla, recorreremos las divisiones que hemos asentado al empezar este artículo.

»*¿Hay metrorragias que deben respetarse?*—Cítanse ejemplos de neumonia, de fiebres tifoideas, etc., terminadas por una metrorragia (metrorragia crítica); pero en general se ha dado este nombre á los ménstruos. Sea de esto lo que quiera, si durante el curso de una flegmasia sobreviniese una hemorragia uterina, que ni por su abundancia ni por su duracion pasase de ciertos límites, y la enferma esperimentase al mismo tiempo algun alivio, deberiamos guardarnos de contener repentinamente el flujo sanguíneo. Lo mismo pudiera decirse, si la hemorragia reemplazase á otro flujo habitual suprimido, ó se manifestase en una mujer pletórica.

»Cuando la metrorragia está relacionada con una alteracion de cualquier víscera torácica ó abdominal, conviene algunas veces respetarla, porque de lo contrario se imprimiria á la complicacion un curso mas rápido. «He visto, dice Lisfranc, una señora que padecia tubérculos pulmonales, y al mismo tiempo una metrorragia, comunmente continua y ligera, y á veces abundante: cuando se detenia la sangre, se agravaba la enfermedad del pulmon, y por el contrario, se mejoraba esta cuando aparecia ó se aumentaba el flujo sanguíneo. Opiné que debia respetarse la metrorragia, mientras no fuese tan considerable que amenazase la vida. Cuando la exudacion sanguínea de la matriz me daba alguna inquietud, procuraba disminuirla; pero á veces ejercian los medicamentos demasiada accion; cesaba la hemorragia y se agravaba inmediatamente la tisis pulmonal: entonces me apresuraba á usar medios capaces de reproducir el flujo, y en cuanto lo conseguia,

se mejoraba el estado morboso del pecho. La enferma se marchó al campo, y la encargué siguiera mis preceptos. Ya se encontraba mucho mejor, cuando se empeñó en curarse del flujo que la incomodaba por su suciedad. No faltó quien tuviera la debilidad de ceder á sus instancias, y desgraciadamente se consiguió disipar la metrorragia. Apenas habian trascurrido quince dias, cuando sobrevino una congestion sanguínea en el pulmon izquierdo, apoderándose de los tubérculos que en él habia una inflamacion repentina: en vano intenté reproducir el flujo, y dos meses despues pereció la enferma» (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 439). Este hecho no es concluyente, y podria interpretarse de muy distinto modo que lo hace Lisfranc; pero sin embargo debe tenerse en consideracion.

»Buet ha escrito una memoria, en que inculca las precauciones que deben observarse en el tratamiento de la metrorragia. «Cuando esta, dice, ha sobrevenido de pronto, y es abundante, rebelde y antigua, es preciso, despues de contenerla, practicar por algun tiempo sangrias generales con intervalos bastante cortos, para evitar el desarrollo de una ó muchas flegmasias viscerales de mas ó menos gravedad. Si la hemorragia es poco abundante y casi continua, es preciso combatir siempre, no el flujo sanguíneo, sino la causa que lo ha producido; pues su *supresion* podria ocasionar desórdenes mas ó menos graves del útero ó sus dependencias. Estos preceptos estan fundados en muchos hechos tomados de la práctica de Lisfranc» (Buet, *Considerations pratiques sur les precautions à prendre dans le traitement de l'hemorrhagie uterine*, etc., en *Journ. compl. des sc. méd.*, t. XXXIX, p. 275-289).

»*Tratamiento de la metrorragia segun su causa.*—No necesitamos enumerar aquí detenidamente los medios terapéuticos, que conviene emplear contra cada una de las infinitas causas patológicas que pueden determinar la metrorragia: solo mencionaremos algunas generalidades.

»La que depende de plétora se combatirá con sangrias generales, dieta y bebidas acuosas. En general es preferible que las emisiones sanguíneas sean poco abundantes y repetidas con frecuencia, procurando practicarlas algunos dias antes de la época menstrual.

»En la metrorragia pasiva, dependiente de una inercia del útero, conviene prescribir un régimen fortificante, carnes asadas, vinos generosos, un egercicio moderado, las preparaciones marciales, los amargos, la ratania, la quina, la corteza de roble y las aguas ferruginosas. Estos medicamentos, como dice con razon Gendrin (*loc. cit.*, p. 152), tienen una eficacia muy notable, que debe atribuirse mas bien á su accion tónica, que á sus propiedades astringentes. Muchas veces han cesado con las preparaciones marciales metrorragias que se habian resistido á todos los demas tratamientos (*De la metrorrhagie passive chez les jeunes filles et de son traitement*, en *Bull. génér. de therapéutique*, t. XXI, p. 150).

»El tanino, administrado á la dosis de dos granos cada dos horas, se ha empleado con éxito casi constante por el doctor Porta (*Arch. gén. de méd.*, t. XIV, p. 427; 1827).

»La canela, preconizada por Van-Swieten, Plenck, Reil y Schmidtmann, la ha usado con ventaja el profesor Gendrin á la dosis de 1 á 2 dracmas diarias, en tres ó cuatro tomas.

»Wêdekind (*Hufeland's journal*, t. X, página 36; 1800), Sauter y Gunter (*Hufeland's journal*, n.° de setiembre, 1826) han administrado la sabina á la dosis de 14 á 20 granos en las veinticuatro horas. Lisfranc opina con razon, que este medicamento espone á flegmasias del útero, y que debe reservarse para cuando no han bastado los demas medios (*loc. cit.*, p. 463).

»Recamier y Gendrin preconizan mucho los baños frios, especialmente los de rio. «Conviene, dice Gendrin, graduar la actividad de los baños, para proporcionar su efecto inmediato á la facilidad con que las enfermas recuperan el calórico que pierden por la accion del agua fria; cuyo resultado se obtiene graduando convenientemente el tiempo que está aplicado el tópico refrigerante, su temperatura y la rapidez de su accion. En cuanto al tiempo que debe durar, varia desde una simple afusion rápida de agua fria sobre todo el cuerpo, hasta la inmersion por algunos minutos, media hora ó aun mas. La temperatura del agua puede ser menor que la de los baños domésticos ordinarios, llegando hasta 1° ó 2° sobre cero. Por lo que hace á la rapidez de la sustraccion del calórico, es mas considerable cuando se sumerge la enferma en agua corriente... En general, conviene que la reaccion empiece inmediatamente despues de sustraido el calórico; que se verifique de un modo progresivo, y sea bastante marcada para elevar ligeramente el pulso, y producir una especie de fiebre, que dure cuando mas de dos á tres horas» (Gendrin, *loc. cit.*, p. 143).

»Cuando la metrorragia depende de una alteracion del útero, contra esta debe dirigirse el tratamiento; pues si no se modifican las superficies ulceradas, se estirpan los pólipos, etc., mal se podrá contener el flujo y evitar su reproduccion.

»Si resulta de una plétora local de una hiperemia de la matriz, las sangrias generales serán el medio mas eficaz que pueda emplearse (Lisfranc); y solo cuando esten contraindicadas por la debilidad de las enfermas, se les preferirán las locales por medio de sanguijuelas aplicadas al hipogastrio, á las íngles, á los lomos ó al periné. En este caso son muy útiles los revulsivos; pudiendo usarse sinapismos, vejigatorios volantes, ventosas secas en el dorso, entre las escápulas y en los miembros superiores. Gendrin (*loc. cit.*, p. 137) ha-

ce aplicar de hora en hora, y por veinte minutos cada vez, dos ventosas secas en las partes anteriores del cuerpo y de los miembros superiores, descendiendo por debajo de las clavículas y de los brazos, al lado esterno ó por debajo de las mamas y en los hipocondrios. Hemos obtenido muchas veces grandes ventajas con las ventosas de Junod aplicadas en las estremidades superiores. La posicion horizontal, con la pelvis elevada y el reposo absoluto del órgano, son circunstancias indispensables y que muchas veces bastan para contener hemorragias rebeldes, que se habian resistido á todos los demas medios. Las aplicaciones frias al vientre, y las lavativas é inyecciones de igual temperatura, son tambien muy útiles. Cuando la congestion uterina depende de una afeccion de las vísceras abdominales, esta es la que debe llamar principalmente la atencion.

»Háse indicado la saburra gástrica como una causa de metrorragia, aconsejando en tales casos el uso de vomitivos; pero estos pueden aumentar el flujo sanguíneo por las conmociones que imprimen á todas las vísceras del vientre. Creemos con P. Frank, que es muy dudoso que la saburra gástrica pueda ocasionar una metrorragia, y que la administracion de los eméticos es sumamente peligrosa; pero debemos añadir, que algunos hechos referidos por Marcard, Finke, Stoll, Gendrin, etc., no permiten desechar absolutamente esta medicacion. Lo mismo diremos con respecto á los vermes intestinales; si siempre es útil mantener libre el vientre con lavativas ó laxantes muy suaves, casi nunca lo es recurrir á los purgantes enérgicos, que por lo comun aumentan el flujo sanguíneo.

»*Tratamiento de la metrorragia considerada en sí misma.*—Cuando es desconocida la causa de la hemorragia, ó superior á los recursos del arte, y el flujo bastante considerable para inspirar algun temor, es preciso combatirle, prescindiendo del agente que le haya producido.

»Deberá estar la enferma en una quietud absoluta y en posicion horizontal, procurando que se halle la pelvis mas elevada que el resto del cuerpo. La cama debe ser bastante dura, lo cual se consigue perfectamente con los colchones de crin; la temperatura de la habitacion poco elevada y el abrigo de la enferma mediano, evitando que se calienten demasiado los pies. Lisfranc no quiere que las enfermas esten siempre en cama, á no ser que haya accidentes graves, y las hace conducir á un sillon ó á un sofá, aconsejando tambien que no se prolongue el reposo absoluto. Conviene siempre cuidar mucho de despojar á la enferma de todos los vestidos y ataduras que pudieran dificultar la circulacion.

»Debe evitarse el ruido, la luz intensa, toda influencia moral viva, la conversacion, la lectura y cuanto sea capaz de fijar la atencion de la enferma y escitar sus facultades intelectuales.

»A menos que las enfermas no sean muy robustas y pletóricas, no deben someterse á una dieta absoluta, y es preciso darles caldo ó carnes blancas, procurando que tomen los alimentos frios, siempre que lo permita el estómago. Las bebidas se usarán en corta cantidad. Gensoul asegura haber contenido algunas metrorragias privando á las enfermas de toda especie de bebida.

»*Frio.*—El frio, *intus et extra*, es uno de los medios mas enérgicos que pueden emplearse. Se prescriben bebidas acídulas, heladas; se aplican en el hipogastrio, en los muslos ó en la vulva, compresas empapadas en agua de nieve; se administran lavativas é inyecciones con este líquido frio, y en fin se recurre á las afusiones ó á los baños generales ó de asiento. Pero estos últimos medios solo deben usarse cuando no han bastado los demas; porque producen á veces flegmasias viscerales (Lisfranc, *(loc. cit.*, p. 460). Siempre que se recurra al frio, es preciso emplearle con perseverancia y por muchas horas seguidas; pues de lo contrario se obtendria un resultado opuesto al que se desea, á causa de la reaccion que sucede á su aplicacion momentánea.

»*Astringentes.*—Muchas veces son útiles la limonada simple ó sulfúrica por bebida, las inyecciones hechas con oxicrato ó con agua de Rabel, con zumo de limon, con un cocimiento de corteza de roble, de nuez de agallas, de corteza de granada ó de hojas de nogal. Lisfranc prescribe con ventaja una inyeccion compuesta de 2 cuartillos de agua comun y 1 á 2 dracmas de sulfato ácido de alúmina. Gendrin prefiere colocar directamente sobre el cuello uterino, por medio de un lechino, el sulfato de alúmina en polvo, préviamente humedecido con un poco de agua. Dice Lisfranc que este medicamento, administrado al interior en píldoras, es uno de los medios mas poderosos para combatir toda clase de metrorragias. La dosis es al principio de 6 á 10 granos por dia, elevándola gradualmente hasta un escrúpulo ó mas. Asegura dicho autor, que el estómago tolera este medicamento con mucha mas facilidad que lo que se cree generalmente (*loc. cit.*, p. 462). Moreau aconseja, á imitacion de Evrat, introducir en el orificio uterino un limon sin corteza, dejándolo aplicado algun tiempo: este medio nos ha producido muchas veces buen resultado.

»*Revulsivos.*—Independientemente de los medios que dejamos indicados mas arriba, se aconseja aplicar un sinapismo al abdomen ó entre las escápulas, y sumergir las manos en agua caliente. P. Frank, Murray, Denman, etc., preconizan la ipecacuana en dosis repetidas muchas veces, y de modo que no produzca mas que náuseas; con cuya medicacion asegura Gendrin haber contenido muchas veces las metrorragias.

»*Cornezuelo de centeno.*—Esta sustancia, vagamente indicada por Goupil (*Journ. des progr.*, t. III, p. 183, 1837) y Peronier; preconizada por Cavini, Sparjani y otros médicos italianos; empleada por Marshall Hall solamente en las *menorragias* pasivas (*The London med. and phys. journal*, mayo 1839) y por Dewees en todas las metrorragias, aun no se habia ensayado en Francia contra esta enfermedad, cuando Trousseau y Maisonneuve lo sometieron á la esperimentacion, y establecieron las conclusiones siguientes:

»Las contracciones uterinas que produce el cornezuelo de centeno van siempre acompañadas de dolores, y contienen rápidamente las metrorragias, *cualquiera que sea su causa*.

»El estado del útero no tiene influencia alguna en la produccion de las contracciones.

»El cornezuelo de centeno conserva su eficacia, aun cuando una parte de las fibras del cuello esté invadida de cáncer.

»Puede elevarse la dosis sin inconveniente á muchas dracmas en cuatro ó cinco dias.

»Es preferible darlo en dosis refractas y con intervalos iguales.

«No debe temerse empezar por una cantidad algo considerable, como por ejemplo 1 dracma en las primeras veinticuatro horas» (Trousseau y Maisonneuve, *Mémoire sur l'emploi du seigle ergote dans la menorrhagie et la metrorrhagie*, en *Bull. génér. de therap.*, t. IV, p. 69-82-100-109; 1833).

»La esperiencia ulterior no ha justificado completamente las esperanzas concebidas por Trousseau y Maisonneuve; pues este medicamento aumenta el flujo sanguíneo cuando va acompañado de irritacion uterina y dolores agudos, y si Gendrin es demasiado absoluto al proscribirlo completamente (*loc. cit.*, p. 148), es preciso reconocer al menos, que no debe usarse sino rara vez y solo cuando esté sostenida la hemorragia por una especie de atonia de la matriz.

»*Creosota.*—Weissbrod elogia los efectos de la creosota, dada interiormente á la dosis de 3 gotas por cada 6 onzas de líquido, ó la misma cantidad para dos lavativas (Stanger, *Ueber Gebarmutterblutflusse und deren Behadlung*; Munich, 1837); pero carecemos de datos para decidirnos sobre la eficacia de este medicamento.

»*Opio.*—Los médicos ingleses, con especialidad Whytt, Hamilton, Goaels, Burns é Ingleby, consideran al opio como uno de los mas poderosos anti-hemorrágicos, y lo prescriben á dosis altas. Burns administra 5 granos de una vez y despues 3 cada tres horas, hasta que haya cesado el peligro (Burns, *Practical observations on the uterine hæmorrhagy;* London, 1807). Ingleby prescribe 60 gotas de tintura tebaica, y dice que Weikenden ha administrado hasta media onza de una vez (Ingleby, *A practical treatise on uterine hæmorrhagy;* London, 1832, p. 59). El opio habia sido ya preconizado por Sennerto, Riverio, Ettmuller y Horstius; pero únicamente es eficaz cuando se prescribe á dosis altas, y estas no siempre dejan de tener inconvenientes.

«Es preciso, dice Ingleby (*loc. cit.*, p. 60), vigilar con el mayor cuidado á las enfermas que han tomado una dosis considerable de opio: no se las debe abandonar bajo ningun pretesto, y desde que se nota alguna debilidad en la circulacion, y con mas motivo cuando sobrevienen desmayos, coma y movimientos convulsivos, es preciso suspender el uso del remedio, y recurrir á los estimulantes difusivos, como la infusion de café, etc. Fabre dice haber obtenido buenos efectos del acetato de morfina (*Dic. des dic.*, t. V, p. 629).

»*Taponamiento.*—A Leroux (*Observations sur les pertes de sang chez les femmes en couches et sur le moyen de les guerir;* Dijon, 1776), es á quien se debe en parte un procedimimiento, que presta contínuamente grandes servicios, y que consiste en introducir en la vagina hasta el hocico de tenca una compresa fina en forma de dedo de guante, llenándola despues con hilas, estopa, yesca, etc., y dejándola asi por veinticuatro horas á lo menos. De este modo la sangre, retenida por el tapon en la cavidad uterina, se va coagulando hasta el sitio de la hemorragia, y se opone á la continuacion del flujo. «Pero es preciso para esto, dicen con razon Desormeaux y Pablo Dubois (art. cit, p. 667), que la hemorragia no haya sido demasiado considerable para privar á la sangre de su propiedad plástica, y que el útero conserve bastante contractilidad para resistir á la acumulacion de este líquido en su interior.»

»En las doncellas es preciso contentarse con aplicar el tapon en la vulva, y mantenerle entre los grandes labios, de modo que oblitere el orificio de la vagina. No hace mucho que hemos conseguido por este medio curar á una jóven de catorce años una hemorragia abundante, que se habia resistido por muchos dias á todos los demas.

»*Compresion de la aorta.*—La compresion de la aorta, que se ha usado especialmente para las hemorragias consecutivas al parto (Trehan, Siebold, Ulsamer, Baudelocque, etc.), podria emplearse igualmente en el estado de vacuidad si la hemorragia se hiciese muy peligrosa por su abundancia y rapidez.

«Estando la cabeza doblada sobre el pecho, este sobre el vientre, las piernas sobre los muslos, y estos sobre la pelvis, se recomienda á la enferma que no haga ningun esfuerzo, y se aplican los cuatro últimos dedos de la mano derecha, colocados á un mismo nivel, en la region umbilical, sobre la línea blanca; se deprime gradualmente las paredes abdominales, hasta que se perciben los latidos de la aorta, la cual se comprime entonces fuertemente contra las vértebras lumbares» (Trehan, *Nouveau traitement des hemorrhagies uterines*, etc.; Paris, 1829). Desormeaux y Pablo Dubois recomien-

dan separar cuanto sea posible los intestinos, procurar que no sufra la vena cava inferior la compresion; la cual debe continuarse por espacio de una ó dos horas, y suspenderse despues gradualmente. Baudelocque ha preconizado mucho en estos últimos años el medio que acabamos de describir.

»*Transfusion.*—En los casos desesperados, cuando la pérdida de sangre ha sido tan considerable que produce síncopes, una debilidad estraordinaria, convulsiones, y en una palabra, cuando es inminente la muerte, conviene recurrir á una operacion, que no siempre va seguida de buen éxito, y á veces es causa de accidentes graves (flebitis, accidentes nerviosos), pero que ha sido eficaz en un número tan considerable de casos, que no debe por lo tanto descuidarse: queremos hablar de la trasfusion de la sangre.

»No describiremos aqui el procedimiento operatorio; diremos únicamente que es preciso inyectar el líquido con lentitud, y suspender la operacion en cuanto se desarrolle el pulso suficientemente y se reanimen las fuerzas y los sentidos. La cantidad de sangre que conviene introducir varia mucho segun las circunstancias: Brown (*Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 37; 1828) y Klett (idem, t. VII, p. 117-119; 1834) solo han inyectado algo mas de 2 onzas; Ingleby (idem, t. VI, pág. 339-341; 1834) 4; Benner (idem, t. III, p. 128-131; 1833) de 13 á 15, y Oliver (*Journ. des con. médico-chirurgicales*, t. VIII, p. 124) algo mas de 23.

»*Profilaxis.*—Remover todas las causas capaces de producir el flujo sanguíneo (V. CAUSAS) y continuar por mucho tiempo el tratamiento adoptado con arreglo á la naturaleza de la hemorragia, tales son las dos indicaciones que hay que satisfacer en la profilaxis de esta enfermedad. Si la metrorragia es pletórica, conviene practicar sangrias de *precaucion* al aproximarse las reglas, y someter á la enferma á un régimen poco nutritivo. Si la hemorragia es pasiva, no debe estraerse sangre, y por el contrario se prescribirá un ejercicio moderado, alimentos fortificantes, la quina, etc. En todos los casos es preciso sustraer á las enfermas á toda causa de irritacion uterina (coito, emociones vivas, ejercicio inmoderado). No entraremos aqui en pormenores, para evitar repeticiones, y solo recordaremos con Gendrin (*loc. cit.*, p. 154), que importa insistir muchos meses y aun años en la medicacion profiláctica de la metrorragia, sobre todo en las mujeres que la han padecido ya muchas veces.

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA.—La metroragia fue ya conocida desde los tiempos mas remotos, y su historia bibliográfica se confunde con la de las hemorragias en general. En los tiempos modernos apenas se ha escrito mas que sobre las metrorragias correspondientes á la obstetricia, y por lo tanto hemos tenido que buscar los elementos de nuestro trabajo, ya en observaciones aisladas, ya en los tratados de partos. Los autores que pueden consultarse con mas fruto son los siguientes: P. Frank, Burns (*Practical observations on the uterine hæmorragy;* London, 1807), Duncan (*A treatise on the uterine hæmorrhagy;* London, 1816), M. Boivin (*Mémoires sur les hemorragies internes de l'uterus;* Paris, 1819), Ingleby (*A practical treatise on uterine hæmorrhagy;* London, 1832), Stanger (*Ueber Gebarmutterblutflüsse und deren Behandlung;* Munich, 1837), Gendrin (*Traité phisiologique de médecine pratique;* Paris, 1839) y Lisfranc (*Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié;* Paris, 1842). Citaremos tambien el artículo METRORRAGIA del *Diccionario de ciencias médicas*, el del *Diccionario de medicina*, y en fin una escelente tésis de Sisay (*Essai sur l'hemorrhagie uterine*, tésis de Paris, 1837, número 126)» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de médecine pratique*, t. VI, pág. 55-68).

ARTICULO TERCERO.

De la dismenorrea.

»La palabra dismenorrea se deriva de δυς, difícilmente, y ρεω, yo corro; flujo difícil de las reglas.

»SINONIMIA.—*Menstruacion difícil*, *estranguria menstrual*, *dismenorrea*, de Linneo, Vogel y Sagar; *amenorrea*, de Vogel; *menorrhagia difficilis*, *menorrhagia stillatitia*, de Sauvages; *amenorrhœa difficilis*, de Cullen; *paramenia difficilis*, de Good; *dismenia*, *amenorrea parcial*, *menstrua difficilis*, *dolorosa*.

»Dáse el nombre de *dismenorrea* á una alteracion de la menstruacion, que consiste en que el flujo de las reglas es doloroso y se verifica al parecer con dificultad: algunas veces no ha disminuido todavia de un modo sensible la cantidad de sangre, y otras fluye gota á gota. La denominacion de *estranguria menstrual*, empleada por algunos autores, representa muy bien este género de trastorno de la funcion catamenial. Pueden los ménstruos efectuarse en las épocas ordinarias y con la mayor regularidad; pero dos ó tres dias antes de la evacuacion, ó durante la misma, se manifiestan algunos síntomas locales, tales como dolor, sensibilidad del hipogastrio ó del bajo vientre, un calor incómodo hácia la vulva, dolores en los lomos, en los muslos, etc.; se quejan tambien las enfermas de desazon, dificultad de enderezar el tronco, un poco de fiebre, y sobrevienen jaqueca y accesos de neuralgia. Entre los síntomas de la dismenorrea se ven figurar todos los que hemos indicado al hablar de la amenorrea, puesto que muchas veces constituye el primer grado de esta última.

»En mas de una obra se encuentran descritas separadamente la dismenorrea y la amenorrea; pero ya hemos observado al tratar de esta última enfermedad, que pueden proceder de las mismas causas estas dos modificaciones de la menstruacion. Tiempo es ya de abandonar cos-

tumbres inveteradas, cuando propenden á introducir una confusion deplorable en la nosografia; y hasta seria ridículo en la actualidad describir aparte todas las alteraciones que puede sufrir un síntoma, para hacer de él otras tantas enfermedades distintas. Las causas, los síntomas y el tratamiento de la dismenorrea, son absolutamente los mismos que los de la amenorrea, á cuya descripcion deberá recurrirse, si se quiere tener una idea cabal de la afeccion que nos ocupa. Recordaremos sin embargo, para terminar, que las tres grandes divisiones que hemos admitido en el estudio de la amenorrea son fundamentales, y que si quiere el práctico asentar sobre una base sólida la terapéutica de la *supresion*, lo mismo que de la *dificultad* de las reglas, importa que sepa reconocer: 1.º si la amenorrea ó la dismenorrea son constitucionales, es decir, dependientes de un estado general de la economia: 2.º si dependen de una causa local que tenga su asiento en el útero, y 3.º en fin, si proceden de una lesion local situada en una víscera ó en cualquier tejido» (Monneret y Fleury, *Compendium de méd. prat.*, t. III, pág. 120).

B. Lesiones de la inervacion uterina.

ARTICULO PRIMERO.

De la hiperestesia del útero.

»Esta afeccion la ha descrito Lisfranc, de quien hemos tomado los pormenores que vamos á referir.

»Síntomas.—La exaltacion de la sensibilidad puede no existir mas que en el cuello del útero; pero ordinariamente se advierte en todo el conducto vulvo-uterino, y puede ser tal, que hasta una simple locion se tolere difícilmente; la introduccion de una cánula de goma elástica ó el tacto provocan dolores muy agudos, mucha irritacion nerviosa y á veces un estado convulsivo. El cóito es doloroso, intolerable, y las mujeres lo rehusan desde el principio y lo rechazan con horror.

»El exámen de los órganos genitales da resultados variables, comprobándose segun los casos una vaginitis aguda, un eczema de la vagina, una metritis subaguda, úlceras en el hocico de tenca ó una leucorrea abundante (*hiperestesia sintomática*); pero algunas veces no se encuentra ninguna alteracion. «Por multiplicados que sean los medios de investigacion que se pongan en uso, los órganos genitales se manifiestan sanos» (*hiperestesia idiopática*).

»El curso y la duracion varian segun la naturaleza de la enfermedad: cuando la hiperestesia es sintomática, está subordinada á la afeccion de que depende. Cuando es idiopática, puede ceder fácilmente al tratamiento, ó por el contrario resistirse á todas las medicaciones por muchos meses y aun años.

»Etiologia. — No enumeraremos las causas de la hiperestesia sintomática, pues lo son la mayor parte de las enfermedades del útero y de la vagina. La hiperestesia idiopática parece estar relacionada con un estado particular de la constitucion, con ciertas idiosincrasias, y algunas veces es hereditaria.

»Tratamiento. — La primera indicacion es combatir la causa de la enfermedad, cuando se ha tenido la dicha de descubrirla. Si la hiperestesia es idiopática, se recurrirá á los medios siguientes: baños tibios emolientes, repetidos y prolongados; irrigaciones emolientes y narcóticas; asafétida, alcanfor, administrados ya por la boca ya por el recto. No debe usarse el coito durante la regla, ni en los dias que la preceden ó siguen; renovado con frecuencia embota algunas veces la sensibilidad, pero otras la exalta todavia mas.

»Cuando se ha disminuido la sensibilidad de los órganos genitales, es bueno acostumbrar sus superficies al contacto de un cuerpo estraño; para lo cual se introducen en la vagina mechas ó cánulas de goma elástica, cuyo volumen se aumenta gradualmente. Al principio se las deja algunos minutos; pero poco á poco se logra que permanezcan las veinticuatro horas. (Lisfranc, *Clinique chirurgicale*, etc., t. II, página 162 y siguientes.)

ARTICULO SEGUNDO.

Neuralgia de la matriz.

»Sinonimia.—Neuralgia, *histeralgia*, *estado nervioso de la matriz* (Lisfranc).

»Síntomas.—El dolor es, como en todas las neuralgias, el principal síntoma de la enfermedad: ocupa la parte inferior del abdomen; se estiende á menudo á la region lumbar, las nalgas, los muslos y las ingles; algunas veces sigue el trayecto de la uretra (Jobert, *Etudes sur le sisteme nerveux*, t. II, p. 668; Paris, 1838). Es continuo con exacerbaciones, ó intermitente y á veces espulsivo. Algunas enfermas esperimentan una sensacion de constriccion abdominal, de contraccion uterina (Jobert). Genest asegura que el dolor se parece al que acompaña al prolapso uterino, con la diferencia de que no desaparece por el decúbito (*Rech. sur l'histeralgie* en *Gaz. méd. de Paris*, 1830, p. 322).

»El dolor se exaspera con la progresion, el tacto, los movimientos y el coito. Durante las exacerbaciones adquiere á menudo una intension estraordinaria; es vivo, quemante, dislacerante, y hace gritar á las enfermas, poniéndolas en un estado de ansiedad inesplicable; á veces provoca vómitos, delirio, convulsiones y ataques histéricos (Duparcque, *loc. cit.*, página 81; Jobert, *loc. cit.*, p. 668). La menstruacion es ordinariamente escasa y dolorosa.

»Los *accesos* se reproducen por intervalos mas ó menos distantes, y duran ordinariamente algunos minutos; pero el ataque puede prolon-

garse muchas horas y componerse de diez, veinte, treinta y cincuenta accesos. Algunas veces despues de estas exacerbaciones se verifica por la vagina un flujo seroso ó mucoso (Mondière, *Obs. thérap. sur diverses neuralgies*, en *Arch. gén. de méd.*, t. VII, p. 185; 1835).

»Pueden provocar los ataques todas las circunstancias que hemos indicado como capaces de exasperar el dolor.

»Por la esploracion directa se percibe algunas veces la existencia de un infarto, de una úlcera ó de una dislocacion (*histeralgia sintomática*); pero otras no se encuentra ninguna lesion notable (*histeralgia idiopática*).

»Por lo comun es la enfermedad irregularmente intermitente; pero en algunos casos se han manifestado los ataques periódicamente con intervalos mas ó menos lejanos, y entonces vienen á menudo precedidos de escalosfrios y de fiebre (Duparcque, Mondière).

»Si no interviene el arte, puede prolongarse la enfermedad muchos años, y en tal caso la violencia de los dolores y la irritacion del sistema nervioso llegan muchas veces á perturbar las funciones digestivas y á producir el enflaquecimiento. Hay mujeres, dice Jobert, que parecen monomaniacas, pues ni un solo momento abandonan la idea de su enfermedad.

»El DIAGNÓSTICO es fácil; la violencia de los dolores, sus caractéres y su curso, no permiten desconocer la naturaleza neurálgica de la enfermedad.

»CAUSAS.—El infarto, las úlceras y las dislocaciones, pueden ser causas de neuralgia uterina. En cuanto á la histeralgia idiopática apenas se conocen las circunstancias bajo cuya influencia se desarrolla. Hánse citado la impresion del frio, la supresion de una hemorragia, las conmociones morales, la masturbacion y las ideas eróticas, etc.

»El tratamiento no se diferencia del de las demas neuralgias. Es preciso averiguar ante todo si la enfermedad es sintomática, en cuyo caso desaparecerá con el infarto, las úlceras, la dislocacion, etc. (Jobert). Cuando la afeccion es periódica, el sulfato de quinina da muy buenos resultados (Duparcque, *loc. cit.*, Mondière, *loc. cit.*). En los demas casos suele resistirse la histeralgia á todas las medicaciones, sin que basten los ferruginosos, las píldoras de Meglin, los narcóticos, los purgantes, los vejigatorios volantes, el método endérmico, etc., etc. (V. NEURALGIAS EN GENERAL). Jobert ha obtenido escelentes efectos con la cauterizacion trascurrente hecha en la region hipogástrica ó en el mismo cuello uterino.

»Para calmar los dolores durante los ataques se debe prescribir el descanso absoluto, la posicion horizontal y los narcóticos.» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium*, etc. t. III, p. 332).

C. Lesiones orgánicas de la matriz.

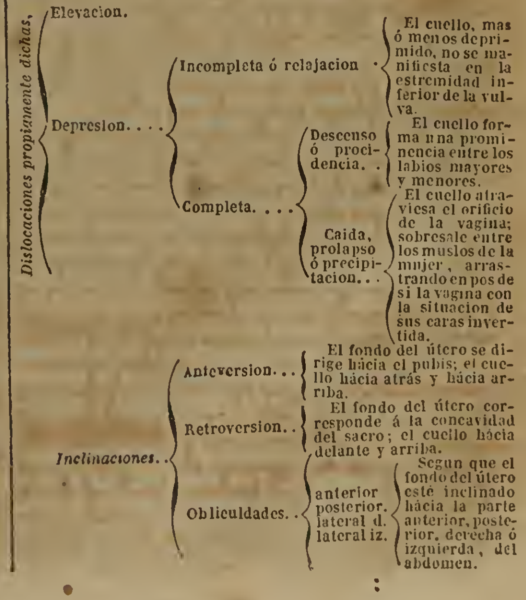
ARTICULO PRIMERO.

Dislocacion del útero.

»DEFINICION Y DIVISION.—Las dislocaciones del útero figuran en los límites que separan, si bien incompletamente, la patologia interna de la esterna; Valleix no las ha descrito, porque segun él pertenecen propiamente á la cirujia y al arte de los partos (*loc. cit.*, p. 269); opinion que nos ha parecido demasiado absoluta, aunque se apoya en la imponente autoridad de Velpeau. Pero nosotros creemos que ciertas dislocaciones tienen con la congestion, el infarto y las úlceras del útero, relaciones que debe conocer el médico, y que ejercen una influencia importante en la terapéutica.

»Llamaremos dislocacion del útero con Aubert (*Des deplacements de l'uterus*, tés. de Paris, 1846, número 203, p. 5) *á cualquier cambio primitivo ó secundario que sobrevenga en la situacion normal, absoluta ó relativa, del útero, ya sea en el estado de vacuidad, ya en el de preñez*; y dividiremos las dislocaciones uterinas en: 1.° *dislocaciones propiamente dichas*, en las cuales el útero ha sufrido una dislocacion absoluta sin cambio en la direccion de sus diferentes ejes: 2.° *inclinaciones*, en las cuales el útero se disloca en masa, de forma que su eje mayor no corresponde ya al de la pelvis grande, y que su direccion no sigue tampoco la del estrecho superior: 3.° *inflexiones*, en las que el útero, en vez de inclinarse en toda su longitud, se tuerce de manera que su eje mayor está doblado; y 4.° y último *hernias*.

»Adoptando esta definicion y esta division, hé aqui las diferentes dislocaciones que puede presentar la matriz.



Inflexiones.	anterior ó anteflexion.	Segun que el cuerpo forme con el cuello un ángulo de seno anterior, posterior, lateral derecho ó lateral izquierdo.
	posterior ó retroflexion.	
	lateral derecha.	
	lateral izquierda.	
Hernias.	crural.	
	inguinal.	
	abdominal	
	perineal.	
	ciática.	
	del agujero oval.	

»La *inversion* del útero nos parece que no debe colocarse entre las dislocaciones.

»Puede el útero no haber sufrido mas que una sola dislocacion (*dislocacion simple*), ó presentar simultáneamente varias; encontrándose por ejemplo á un mismo tiempo relajacion con anteversion ó retroversion, ó bien relajacion con retroversion y anteflexion, etc. (*dislocacion complexa*).

»La mayor parte de las dislocaciones no deben ocuparnos: la *elevacion*, *el descenso completo*, las *inflexiones* y las hernias, pertenecen al dominio de la patología esterna, y su tratamiento es esclusivamente quirúrgico; las *oblicuidades* pertenecen á veces á la cirujia, y en todos los demas casos á la obstetricia. Por el contrario, nos parece que el médico no debe ser estraño á la historia de la *relajacion*, de la *anteversion* y de la *retroversion*. El lector lo juzgará; pero debemos advertirle, que no encontrará aqui un estudio completo de estas dislocaciones, sino solamente una esposicion de aquella parte de su historia que nos parece mas médica que quirúrgica.

»SÍNTOMAS.—Hay síntomas comunes á las tres especies de dislocaciones que queremos estudiar aqui, y los hay particulares á cada una de ellas.

»1.º *Síntomas comunes.*—Las mujeres esperimentan en la pelvis una sensacion de peso, de estorbo, muy incómoda y continua; sienten tirantez y dolores sordos en el mismo sitio, en las íngles, en los muslos, en los lomos y en los hipocondrios, que se aumentan estando de pie, con los movimientos, con el ejercicio en carruage ó á caballo, y con el uso del coito, y se disminuyen ó desaparecen cuando la enferma ha guardado por algun tiempo la posicion horizontal, ó cuando el médico ha reducido momentáneamente el útero. Tienen las pacientes una repugnancia invencible á la locomocion, y permanecen echadas la mayor parte del dia. La posicion vertical y la progresion producen á menudo una tirantez dolorosa en la region epigástrica, y una sensacion de desfallecimiento, que puede llegar hasta el síncope.

»Tienen casi constantemente un flujo blanco mas ó menos abundante; al paso que la menstruacion es dolorosa, está disminuida ó suprimida casi completamente.

»Las funciones digestivas se encuentran profundamente alteradas, y se observan los síntomas de la gastralgia mas grave: apetito disminuido ó abolido, muchas veces irregular ó depravado; digestiones penosas, laboriosas, dolorosas, timpanitis gástrica, flatulencias, náuseas, vómitos y estreñimiento. No tardan las enfermas en enflaquecer progresivamente, cayendo á veces en un verdadero estado de marasmo.

»El sistema nervioso está gravemente atacado, y se sienten dolores simpáticos en diferentes puntos del cuerpo; sobrevienen frecuentemente cefalalgias y jaqueca; las enfermas estan tristes é irritables, y se modifica su caracter haciéndose insoportable; á veces tienen accesos convulsivos, y no es raro que se hagan histéricas é hipocondriacas.

»La respiracion es en ocasiones corta y difícil; hay disnea y accesos de asma, y sobreviene un estado febril, que suele ser ligero y caracterizado solamente por calor y agitacion por la tarde y por la noche, pero que en algunos casos es mas desarrollado y continuo (Desormeaux y P. Dubois, *Dic. de méd.*, t. XXX, p. 377).

»Si se prolonga este conjunto de síntomas, puede convertirse en un estado morboso muy grave: «Casi todas las mujeres se quejan de padecimientos, y pasan una vida achacosa que no deja de ofrecer riesgos. Muchas enflaquecen y vienen á parar á una situacion deplorable, sin que se encuentre no obstante ningun órgano comprometido gravemente. Con todo, algunas concluyen por contraer ciertas enfermedades que las hacen sucumbir» (Velpeau, *Gaz. des hôpitaux*, 1845, p. 359).

»Las alteraciones funcionales que acabamos de indicar no se presentan siempre con los mismos caractéres ni con igual intension; por el contrario, varian singularmente segun la condicion social de la enferma, su género de vida, su caracter, su impresionabilidad, etc. La imaginacion no tiene quizá la escesiva influencia que le atribuye Velpeau; pero hemos de confesar, que las dislocaciones del útero, cuando no son escesivas, pasan por decirlo asi desapercibidas en las mujeres ocupadas y animosas; al paso que determinan todos los desórdenes que acabamos de enumerar en las mujeres ociosas, nerviosas, pusilánimes, que segun las espresiones de Velpeau «se escuchan la vida, digámoslo asi, y exageran el menor padecimiento.»

»2.º *Síntomas particulares.* a. *Relajacion.*—Predominan la sensacion de peso en el periné, los dolores en las íngles é hipocondrios, la tirantez epigástrica con desfallecimiento, el síncope, la influencia de la posicion vertical y de la progresion; hay ganas frecuentes de orinar con ó sin disuria, y flujo blanquecino, amarillento ó verdoso.

»Reconociendo á la enferma por medio del tacto, encuentra el dedo muy pronto el cuello uterino; mas para apreciar bien el grado del descenso, hay que tener en consideracion la estatura de la enferma y la altura de su busto, informarse de si ha tenido hijos, etc.

»Para practicar el reconocimiento por el tacto, es necesario que la enferma esté de pie, que haya andado algun tiempo, y que no se haya

sostenido ó empujado el órgano con un pesario, un cinturon ó la aplicacion del espéculum. A menudo se desconoce la relajacion, porque se observa á la mujer por la mañana en su cama, ó bien en el momento en que acaba de quitarse su cinturon, ó inmediatamente despues de haber introducido el espéculum. Debe conducirse el dedo muy lentamente por la vagina, á fin de tocar el cuello uterino sin empujarle.

»Cuando la relajacion es bastante pronunciada, se puede reconocer con la mano aplicada en el hipogastrio la especie de vacio que deja el descenso del útero en la escavacion pelviana (Moreau, *Traité prat. des accouchements*, t. I, p. 202; Paris, 1838).

»b. *Anteversion.*—Dolores en la pelvis, que se irradian á bastante distancia; dolores violentos en el recto, estreñimiento tenaz, dificultad de defecar, tenesmo, frecuentes ganas de orinar, disuria; el chorro de la orina sale á veces deprimido ó interrumpido, ó hay iscuria casi completa. Cuando la enferma se acuesta de espaldas ó de lado, y pone los músculos abdominales en relajacion, orina mas fácilmente y con mas regularidad. Introduciendo la sonda en la vejiga, se encuentra un cuerpo duro, resistente, pero no sonoro. Cuando la mujer se pone de pie, esperimenta á veces la sensacion de un cuerpo que cae detras del pubis.

»*Tacto.*—Asi que llega el dedo á la parte superior de la vagina, encuentra el útero, que dirigido hácia arriba y adelante, se presenta bajo la forma de un cuerpo sólido, voluminoso, redondeado por su cara anterior y mas delgado por detras. El cuello está vuelto hácia el sacro, y con frecuencia bastante alto, lo cual dificulta llegar á él, y ademas se inclina algunas veces á derecha ó izquierda: practicando el tacto rectal, se percibe la prominencia que forma el cuello delante de la parte anterior del intestino.

»Para verificar el reconocimiento por el tacto, debe ponerse la mujer de pie; porque algunas veces se verifica espontáneamente la reduccion del útero cuando se acuesta la enferma (Desormeaux y Dubois).

»Si se introduce el espéculum siguiendo el eje de la pelvis, no se encuentra el cuello, sino el cuerpo del útero. Para abrazar el hocico de tenca, hay que hacer con el instrumento un movimiento de palanca de arriba abajo y de delante atras, apoyándose en el cuerpo de la matriz. Algunas veces nos vemos obligados á hacer que se ponga la enferma sobre las rodillas y las manos, é introducir el espéculum por la parte posterior, y aun puede ser preciso enderezar antes la matriz.

»c. *Retroversion.*—Sensacion de estorbo y de peso en el recto, dolores en la pelvis, en las ingles y en las nalgas (Hervez de Chegoin), que se aumentan estando de pie, de rodillas ó sobre las tuberosidades isquiáticas, y que se disminuyen por la posicion horizontal, como tambien echándose sobre el vientre (Lisfranc); sensacion de un cuerpo estraño en la vagina, conatos frecuentes de orinar, disuria é iscuria. «La suspension súbita ó gradual de la orina es el síntoma mas constante, y muchas veces no se anuncia la afeccion sino por un deseo urgente y continuo de orinar» (Lacroix, *De l'anteversion et de la retroversion de l'uterus*, en *Ann. de la chirurg. française et étrangere*, t. XIII, p. 453; Paris, 1845). Ademas hay estreñimiento y dolores en el recto, y las materias estercoráceas estan como frangeadas ó acanaladas (Lacroix).

»El meato urinario se oculta en la vagina; la uretra, retraida hácia atras, describe una curva tan rápida detras del pubis, que muchas veces es imposible sondar á la enferma, ni aun con una sonda de hombre.

»*Tacto.*—La vagina se dirige de arriba abajo, ocultándose su fondo; la cara superior está muy tirante, es mas larga de lo regular, y se encorva de pronto detras de la sínfisis. La inferior presenta pliegues transversales mas ó menos marcados (Lacroix).

»En el primer grado el dedo encuentra el cuello cerca del conducto de la uretra, y el fondo inclinado hácia atras; en un grado mas alto se halla el órgano horizontalmente con el cuello hácia el fondo de la vejiga, y el fondo en la concavidad del sacro; y finalmente, en el último grado está el cuello dirigido hácia arriba, subiendo hasta la parte superior de la sínfisis del pubis, mientras que el fondo se encuentra enfrente de la punta del coxis y aun mas abajo.

»El tacto rectal permite reconocer las diferentes posiciones del cuerpo de la matriz.

»Si se introduce el espéculum siguiendo el eje de la pelvis, se encuentra el cuerpo del útero, y para coger el cuello hay que dirigir el instrumento de abajo arriba y de atras adelante, apoyándose en el cuerpo de la matriz. Con mucha frecuencia es indispensable reducir antes la dislocacion.

»Curso, duracion y terminacion de las dislocaciones uterinas.—Las dislocaciones uterinas pueden sobrevenir repentinamente (V. causas); pero por lo comun se verifican de un modo gradual, y no se hacen completas sino al cabo de bastante tiempo: el curso de la enfermedad está enteramente subordinado á la naturaleza de la causa. Puede suceder, por ejemplo, que una preñez restituya la matriz á su sitio acostumbrado; pero en general es muy raro que la dislocacion desaparezca espontáneamente; los recursos del arte son casi siempre necesarios, y por desgracia no bastan en muchas ocasiones.

»Las dislocaciones uterinas de que nos ocupamos no comprometen la vida por sí mismas; sin embargo, pueden ocasionar accidentes graves y aun la muerte, por el obstáculo que oponen al libre desempeño de las funciones del recto y de la vejiga, por la alteracion que producen en las digestiones, la nutricion y la inervacion, y por las complicaciones que so-

brevienen á veces por parte de la vejiga, de los intestinos y aun del mismo útero.

»Complicaciones.—Las dislocaciones del útero vienen á menudo acompañadas de infarto; pero este puede ser primitivo ó consecutivo, é importa no equivocarse respecto de este punto. Desgraciadamente no siempre bastan los conmemorativos para ilustrar el diagnóstico, siendo preciso esperar el resultado del tratamiento. Las dislocaciones son frecuentemente causas de catarros uterinos ó de úlceras del cuello.

»El diagnóstico es siempre fácil, cuando lo es la esploracion directa, y si se han cometido errores graves, es porque no se han tenido presentes las alteraciones funcionales, ó porque se han examinado las enfermas superficial ó incompletamente ó con poca inteligencia.

»El pronóstico de las dislocaciones uterinas es siempre desagradable, en razon de los accidentes que las acompañan, de la duracion siempre larga de la enfermedad, de lo raras que son las curaciones completas y de la naturaleza de los medios quirúrgicos de que se compone el tratamiento paliativo. «Las desviaciones del útero, dice Velpeau, no se curan ni causan la muerte» (*Gaz. des hôpit.*, 1845, p. 338). Atenuando el caracter demasiado absoluto de esta doble proposicion, se encuentran en ella los elementos del pronóstico general de las dislocaciones de la matriz.

»Etiologia.—*Causas predisponentes.*—Se han visto dislocaciones del útero en doncellas muy jóvenes, en vírgenes y en mujeres que no habian tenido hijos; pero es incontestable, que se observan principalmente en las mujeres adultas, las cuales se ballan tanto mas espuestas á contraerlas, cuanto mayor es el número de hijos que han tenido. «El estado de preñez, dice Velpeau, predispone tanto á las desviaciones del útero, que hasta hace poco se las habia descuidado casi esclusivamente en los tratados de obstetricia.» Los abortos tienen una influencia mas perjudicial que los partos de todo tiempo.

»La estrechez ó la escesiva amplitud de la pelvis se han colocado entre las causas predisponentes (V. Lacroix, mem. cit., p. 436 y siguientes).

»*Causas determinantes.*—Nos contentaremos con mencionar las tumores del abdomen, las bridas de la vagina, y las adherencias entre el útero y alguno de los órganos de la pelvis ó el peritoneo; porque estas causas son, por decirlo asi, quirúrgicas, en el sentido de que las dislocaciones que se producen bajo su influencia reclaman esclusivamente un tratamiento quirúrgico.

»Los autores enumeran, bajo el título de causas determinantes, los esfuerzos para toser, vomitar y obrar, ó los que se hacen en el parto ó el coito; la escesiva desproporcion de los órganos de los esposos (Boivin y Duges); el estreñimiento, la retencion de orina, el peso de las vísceras abdominales, las contracciones del diafragma y de los músculos del abdomen, la accion de levantar los brazos (Velpeau) ó un peso, el salto, la carrera y el baile (Lisfranc).

»¿Pero cómo obran estas diferentes causas? ¿Pueden producir por sí solas una dislocacion uterina, ó no son mas que causas ocasionales? No se esplican bastante los autores respecto de este punto, y sin embargo la cuestion merece examinarse. Nos ocuparemos de ella muy en breve.

»La *debilidad*, la *flojedad* ó la *distension de los ligamentos del útero*, y la *desaparicion del tejido celular de la pelvis* son causas de dislocacion que han indicado todos los autores (Duparcque, *loc. cit.*, p. 72.—Boivin y Duges, ob. cit., t. I, p. 86.—Lisfranc, ob. cit., t. III, p. 408-431-455.—Moreau, *loc. cit.*, p. 198-212-239. —Lacroix, mem. cit., p. 442.—Desormeaux, y P. Dubois, *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 334-374, etc.); pero creemos que no se ha tenido bastante en consideracion su frecuencia y su eficacia. Mas adelante manifestaremos que tienen en el tratamiento una importancia, que se ha desconocido casi completamente.

»No tememos asegurar, que las dislocaciones del útero, y sobre todo las relajaciones, se manifiestan casi siempre despues de uno ó muchos partos ó abortos, y que se observan en mujeres que han gritado mucho, haciendo grandes esfuerzos de espulsion, que han andado hasta el último momento con el objeto de acelerar los dolores ó que han parido de pronto.

»Sin negar que las causas determinantes anteriormente indicadas puedan producir por sí solas la dislocacion del útero (*dislocacion esencial*), creemos que generalmente no producen este resultado, si no obran en una mujer cuya matriz, distendida por el producto de la concepcion, ejerza en estos ligamentos una traccion que aumente su tirantez y disminuya su cohesion y elasticidad; en una recien parida que se levante demasiado pronto, antes que haya recobrado completamente la matriz su posicion y volumen ordinarios, y adquirido los ligamentos su consistencia y su fuerza regulares; ó por último, en una mujer que haya enflaquecido á consecuencia de alguna enfermedad.

»Varios hechos de relajacion observados en vírgenes ó en doncellas muy jóvenes, parecen demostrar que esta dislocacion puede resultar de una debilidad congénita de los cordones útero-sacros (Boivin y Duges, ob. cit.. t. I, página 86).

»El infarto del útero puede producir su dislocacion; pero no estan de acuerdo los autores acerca de la frecuencia de esta causa.

»Los infartos, dice Velpeau (*loc. cit.*, p. 338), podrian admitirse ciertamente como causa de inclinacion ó de inflexion uterina; pues no hay duda que una matriz mayor y por consiguiente mas pesada, tiene mas tendencia á torcerse y á doblarse que en el estado natural. Lo que

impugnamos es que sea frecuente ó comun esta causa, idea que ha sido admitida con demasiada generalidad, y contra la cual es preciso que vivamos precavidos. Esos infartos de que tanto se ha hablado, son raros, *muy raros*, y no pueden constituir una causa frecuente de desviacion.»

»Lisfranc asegura por el contrario, que las dislocaciones del útero son *escesivamente raras* cuando este órgano no se halla hipertrofiado. «Hace mas de quince años, dice este cirujano, que me ha llamado muy particularmente la atencion este importante punto. He reconocido *millares* de mujeres, y hasta ahora solo he encontrado *algunos casos*, en que existieran las afecciones morbosas de que nos ocupamos sin aumento notable del volumen del útero. Cuando está infartado el órgano en toda su circunferencia, desciende paralelamente al eje de la pelvis; si su aumento es hácia delante hay anteversion, y sucede lo contrario cuando se desarrolla hácia la parte posterior. Ultimamente, cuando se encuentra la induracion en uno de los dos lados, hácia este se verifica la inclinacion.»

»Pero ¿no será consecutivo el infarto y producido por la dislocacion?

« Si la hipertrofia, responde Lisfranc, sucediera ordinariamente á la dislocacion, es evidente que se encontrarian muy á menudo dislocaciones esenciales; porque antes del desarrollo del infarto padecerian las mujeres; se las reconoceria, y no se encontraria tal infarto; pero siendo estraordinariamente raras, como todo el mundo sabe, las dislocaciones esenciales, creo que *casi siempre* son producidas por la hipertrofia. Voy á dar una prueba mas en favor de mi opinion: en muchos casos en que se halla la matriz infartada y dislocada, trato únicamente el infarto; la enferma se cura, y recobra el órgano poco mas ó menos su posicion ordinaria; luego la hipertrofia era la enfermedad primitiva» (*loc. cit.*, p. 410-411). Emery sigue enteramente la opinion de Lisfranc (Emery, *Des affections du col de l'uterus et de leur traitement*, en *Bull. génér. de thérapeutique*, t. IX, p. 157).

»Con menos exageracion por una y otra parte se llegaria muy pronto á la verdad. Nosotros, que no hemos reconocido á millares de mujeres, sino solamente algunos centenares de ellas, hemos encontrado muy á menudo dislocaciones sin hipertrofia; pero en cambio hemos visto frecuentemente que la dislocacion era resultado de un infarto primitivo. Una cuestion de frecuencia solo puede resolverse por la estadística, y desgraciadamente no nos es dado presentar números exactos; pero creemos acercarnos mucho á la verdad diciendo, que en la cuarta parte de los casos nos han parecido determinadas por el infarto las dislocaciones que nos ocupan (*relajacion*, *anteversion* y *retroversion*). Todavia es mayor la proporcion, si se atiende solo á la relajacion, porque el infarto del cuello del útero es mucho mas frecuente que el del cuerpo (véase *infarto*).

»La mayor parte de los autores, sin esplicarse de un modo positivo sobre la cuestion de frecuencia, colocan el infarto entre las causas que producen ordinariamente las dislocaciones (Boivin y Duges, *loc. cit.*, pág. 72-74; Lacroix, mem. cit., p. 441; Desormeaux y P. Dubois, art. cit., página 335-375).

»Por último, hay una causa de dislocacion de que no hablan los autores, escepto Lacroix (*loc. cit.*), y que hemos encontrado muy á menudo, á saber: *la congestion uterina*. Llamamos hácia ella particularmente la atencion de los prácticos, porque frecuentemente se desconoce, y debe ejercer una influencia decisiva en el curso de la enfermedad y en su tratamiento.

»En las doncellas ó en las mujeres cuya menstruacion es irregular y poco abundante, la congestion uterina mensual escede el grado y duracion de sus límites fisiológicos, y no desaparece hasta muchos dias despues de la época de las reglas. Va en aumento á medida que se reproduce, y concluye por determinar una dislocacion uterina, que se hace cada mes mas considerable. Si se reconoce á la mujer en *una época bastante distante de sus reglas*, ningun aumento se observa en el volumen del útero, y se considera como esencial la dislocacion; pero las congestiones sucesivas no combatidas traen en pos de sí al cabo de mas ó menos tiempo un infarto definitivo, y cuando se reconoce su existencia, se le considera como consecutivo á la dislocacion.

»Fácilmente se comprende cuán perjudicial ha de ser este doble error, y para evitarle creemos debe establecerse la regla general siguiente:

»En toda dislocacion, venga ó no acompañada de infarto del útero, es necesario reconocer á la mujer *durante la época menstrual ó inmediatamente despues de terminada*, á fin de saber si la dislocacion y el infarto, cuando existe, son producidos por una congestion uterina que los aumenta mensualmente. En seguida veremos cuán importante es este precepto para la terapéutica.

»Tratamiento. — Las desviaciones del útero apenas son susceptibles de curacion, y como consisten en un fenómeno material, es seguro que los recursos farmacéuticos nada absolutamente pueden contra ellas, teniendo que reducirnos únicamente á los procedimientos mecánicos, si se ha de entrever alguna probabilidad de obtener buen resultado. Es mas: á poco que se reflexione, se echa de ver que tales procedimientos deben ser muy difíciles de ejecutar» (Velpeau, *loc. cit.*, p. 370).

»No podemos menos de protestar contra estas palabras, que desgraciadamente espresan una opinion generalmente acreditada. La mayor parte de los prácticos consideran las desviaciones del útero como superiores á los recursos de la medicina, y solo las combaten con un

tratamiento quirúrgico, es decir, un tratamiento paliativo, cuyos inconvenientes esceden frecuentemente á los de la misma dislocacion. Felices las enfermas si con los *procedimientos mecánicos que se usan* no se agrava la enfermedad. Hemos visto muchas veces sostenerse y aumentarse el infarto, que era la única causa de la dislocacion, por la presencia de un pesario, y quitado este, y combatido el mal con un tratamiento apropiado, desaparecer enteramente la enfermedad. Se tiene á una mujer en absoluta quietud y en posicion horizontal permanente, y al cabo de un año ó de diez y ocho meses hallamos, que lejos de haber conseguido algun alivio, tal vez se ha aumentado la dislocacion. Pero prescríbase entonces un alimento reparador y una medicacion tónica general y local, y veremos que el sistema muscular se fortifica; recobra el sugeto sus carnes, y al cabo de poco tiempo se restablece el útero en su situacion normal.

»Considerando las dislocaciones uterinas como casi siempre esenciales, y proclamando *à priori* la ineficacia de los medios higiénicos y farmacéuticos, se ha dado ocasion á los charlatanes de curar dislocaciones, que se habian resistido muchos años á los mas hábiles cirujanos.

»Nosotros profesamos una doctrina enteramente opuesta á la que acabamos de esponer, y creemos hacer un gran servicio á los médicos y á los enfermos afirmando: 1.º que las dislocaciones uterinas son en gran parte sintomáticas; 2.º que la medicacion higiénica y farmacéutica, dirigida contra la causa de la dislocacacion, tiene muchas veces buen resultado; 3.º que los procedimientos mecánicos (*tapones*, *pesarios*, *cinturones hipogástricos*) son medios paliativos, que no deben usarse hasta haber agotado todos los recursos del tratamiento.

»Para curar la relajacion de los ligamentos, se prescribirán baños de asiento frios, aplicaciones frias al hipogastrio, chorros frios en la region lumbar, inyecciones y lavativas frias (véase *infarto*). Esta medicacion local debe continuarse mucho tiempo. Preferimos el agua fria á los astringentes (*cocimiento de quina*, *de rosas castellanas*, *disolucion de sulfato de alúmina*, *de acetato de plomo*, etc.).

»Si estuviesen alteradas las funciones digestivas, y enflaqueciese la enferma, es urgente modificar el estado general con el ejercicio, los alimentos, la permanencia en el campo, los baños frios de rio, los de mar, los ferruginosos, los tónicos, etc. Debe cuidarse mucho de combatir el estreñimiento.

»Si la hidroterapeya ha obtenido triunfos incontestables en el tratamiento de las dislocaciones uterinas, es porque llena maravillosamente todas estas indicaciones locales y generales.

»Si la dislocacion dependiese de una congestion ó de un infarto uterino, desaparecerá combatiendo eficazmente la causa patológica que le ha dado orígen (V. *Congestion*, *Infarto*). No necesitamos añadir, que es menester sin embargo cerciorarse primero de que el infarto no es consecutivo; porque en este caso sucede lo contrario: enderezando mecánicamente el órgano es como se le vuelve su volumen normal» (MONNERET Y FLEURY; *Compendium*, etc., t. VIII, p. 363-368).

ARTICULO SEGUNDO.

De la congestion uterina.

»SINONIMIA.—*Fluxion uterina*, *plétora uterina*, *metritis sub-aguda*, *infarto por congestion sanguínea* (Duparcque), *hipertrofia uterina simple* (Lisfranc).

»ANATOMIA PATOLÓGICA.—La matriz está hinchada y mas ó menos aumentada de volumen; sus vasos distendidos por una gran cantidad de sangre que fluye al cortarla; el tejido uterino no está endurecido, ni presenta ninguna lesion de estructura.

»SÍNTOMAS.—El aflujo de sangre determina una sensacion de calor y de tension en la pelvis; la enferma se queja de un peso incómodo hácia el recto y el periné con tirantez en las íngles y en los lomos, y no tardan en manifestarse dolores uterinos sordos y continuos, ó vivos é intermitentes, y muchas veces espulsivos; parece, dice Duparcque (*loc. cit.*, p. 170) que el útero se contrae violentamente para esprimir la sangre que le infarta. Estos dolores se manifiestan por accesos, mas ó menos frecuentes, repetidos y prolongados (calambres, cólicos, retortijones uterinos, tenesmo uterino): á veces son tan violentos que las enfermas se ven precisadas á encorvarse hácia delante (Duparcque). Sin embargo, la presion verificada en el hipogastrio ó directamente en el cuello por medio del tacto, no los exaspera ó los aumenta muy poco.

En algunos casos adquiere la matriz el volumen que presenta al tercero ó cuarto mes de la preñez, y entonces forma por encima del púbis un tumor apreciable por la palpacion y por la percusion del abdomen.

»Por el tacto se encuentran el cuello y á menudo el cuerpo del útero, voluminosos, duros y tensos, y la temperatura del primero considerablemente aumentada. Duparcque asegura, que las arterias que se distribuyen alrededor de él, laten de un modo muy notable y estan mas desarrolladas que en el estado normal.

»Con el espéculum se ve el cuello distendido y mas ó menos prolongado y desfigurado y de color rojo á veces muy subido. «No es raro observar manchas aisladas, cuyo número y estension varian, y cuyo color unas veces es mas y otras menos subido, que el del resto de la superficie accesible á la vista en el fondo del instrumento» (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 641).

»CURSO, DURACION, TERMINACION.—En vista de los síntomas de la congestion uterina, parece que apenas debiera figurar esta afeccion en los

cuadros nosográficos; pero no sucede así respecto de los fenómenos consecutivos á que con demasiada frecuencia suele dar orígen. Para estudiarlos debe tenerse en consideracion la causa que produce la congestion, la cual puede dividirse, bajo este punto de vista, en *mecánica* ó *por causa local*, *activa* y *pasiva* (véase Causas).

»*Congestion mecánica ó por causa local.*—Los síntomas son esclusivamente locales: el volumen del órgano está mas ó menos aumentado; los dolores son ligeros, pero casi continuos. Si la enfermedad dura mucho tiempo ó se agrava de pronto, es orígen de una flegmasia aguda, subaguda ó primitivamente crónica (*congestion flegmasípara*).

»*Congestion uterina activa* (Lisfranc), *infarto congestivo con hemorragia* (Duparcque), *congestion uterina hemorragípara.*—En esta segunda forma los síntomas locales (*calor, dolor*) son muy pronunciados, y vienen siempre acompañados de fenómenos generales: la piel está caliente y seca, el pulso fuerte, lleno y acelerado, la cara encendida; hay sed ardiente, orinas escasas y de color subido; en una palabra, se observan todos los caractéres del estado pletórico. Las enfermas tienen á menudo cefalalgia y náuseas. La duracion de este estado morboso apenas pasa de uno ó dos dias. Sobreviene un flujo sanguíneo abundante, que descarga el órgano de la sangre que le obstruia, y se restablece el órden, volviendo la matriz completamente á su estado normal. Se pueden reproducir muchas veces los mismos fenómenos con intervalos mas ó menos distantes, sin modificar el volúmen, la consistencia del útero ni la estructura de su tejido. Cada congestion termina por una resolucion completa. Sin embargo, cuando la enfermedad se reproduce muchas veces, da lugar á una verdadera hipertrofia del tejido de la matriz (V. *infarto*).

»*Congestion uterina pasiva* (Lisfranc), *infarto congestivo simple* (Duparcque).—Esta tercera forma se diferencia totalmente de las anteriores. Sus síntomas locales son poco marcados: el dolor es nulo ó sordo, poco intenso; la enferma no tiene sensacion de tension en la pelvis ni de peso en el periné; no existen fenómenos generales. La duracion es mucho mas larga, pues á menudo llega á seis, ocho ó diez dias; no sobreviene flujo sanguíneo, ó en todo caso es poco abundante. Durante algun tiempo puede verificarse completamente la resolucion; pero á medida que se reproduce la congestion, queda el órgano cada vez mas infartado, y muy luego presenta una hipertrofia, que se aumenta á cada nueva congestion, y concluye por dar orígen á una induracion permanente (V. *infarto del útero*).

»Diagnóstico.—La *congestion mecánica* solo puede confundirse con el infarto uterino; pero en este los dolores son menos agudos, y no se observan las alternativas de aumento y disminucion, que caracterizan la congestion; el cuello está menos caliente y menos renitente. El curso de la enfermedad y el conocimiento de sus causas acaban de ilustrar el diagnóstico.

»*La congestion activa* se diferencia de la metritis aguda por la menor intension de los síntomas locales y generales, por su curso, por su duracion y por su modo de terminar.

»*La congestion pasiva* es fácil de conocer cuando no ha dado orígen al infarto uterino; en el caso contrario se desconoce por lo comun. Pero se evitará este error, teniendo en cuenta la repeticion de los síntomas locales propios de la congestion, con intervalos mas ó menos cortos, como tambien la temperatura exagerada del cuello, el aumento repentino de volumen del órgano, la sensacion de peso, etc. Estas exacerbaciones irregulares ó periódicas no se observan en el infarto del útero.

»El pronóstico de las congestiones *mecánicas* y *activas* es favorable; porque regularmente puede combatirse con eficacia la causa de la enfermedad; por el contrario el de la congestion pasiva es á menudo grave, porque la enfermedad es larga, rebelde, y dá casi siempre lugar á la induracion del útero (V. *infarto*).

»Etiologia.—*Causas predisponentes.* — En el estado fisiológico se verifica mensualmente en el útero una congestion sanguínea, que en sí misma tiene su crisis, y que se juzga por la aparicion regular del flujo menstrual. Si por cualquiera causa escede el flujo sanguíneo mensual de sus límites normales, si no se verifica completamente la resolucion, la congestion fisiológica se hace patológica. Lo mismo decimos de la congestion fisiológica que acompaña á la gestacion y se resuelve por el acto del parto.

»La congestion uterina patológica puede verificarse tambien fuera de estas circunstancias fisiológicas; pero este caso es muy raro, y todos los autores estan de acuerdo en reconocer, que la enfermedad se manifiesta particularmente en la edad comprendida entre los quince y los cincuenta años, es decir, en el período de la vida en que la mujer menstrúa y se halla en aptitud de concebir.

»Repetimos pues, que la congestion uterina fisiológica que acompaña á la menstruacion y á la gestacion, la que traen consigo el parto y el aborto, predisponen á la mujer á las congestiones patológicas del útero, y no debemos olvidar, que tambien concurren al mismo objeto la situacion que ocupa la matriz, la disposicion de sus vasos venosos, y la compresion tan frecuente que en ella ejercen el recto, la vagina, las vísceras abdominales, etc.

»Las *causas determinantes* de la congestion uterina son *locales* ó *generales*.

»*Causas locales.*—Son á menudo mecánicas, y obran, ora poniendo obstáculos á la libre circulacion del útero y al movimiento de resolucion que sucede á las congestiones fisiológicas; ora irritando el órgano y llamando á él un aflujo sanguíneo anormal. Ejercen con frecuencia su accion fuera de las circunstancias que

dan lugar á la congestion fisiológica del útero. Pueden contarse entre ellas todas las causas de la metritis, con la diferencia de que obran con menor intension. Asi es que la congestion producida de este modo termina algunas veces en la metritis aguda y mas comunmente en el infarto uterino con induracion.

»Nos contentaremos con indicar el estreñimiento, la retencion de orina, las dislocaciones del útero, los tumores de la pelvis y del abdomen, los escitantes propios de los órganos genitales, los escesos en el coito, el volumen escesivo y desproporcionado del miembro viril, la masturbacion del clitoris, el orgasmo venéreo provocado por las lecturas eróticas, las inyecciones vaginales astringentes é irritantes, la masturbacion vaginal por medio de algun cuerpo estraño, la presencia de un pesario, el abuso de los emenagogos, los sacudimientos de un carruage, la equitacion, etc., etc.; mencionando solo de un modo especial la repentina desaparicion de las reglas, y la falta de precaucion con que algunas recien paridas abandonan la cama antes de tiempo y se entregan á un ejercicio inmoderado ó á cualquier otra fatiga. Valleix coloca con razon estas circunstancias en el número de las causas mas activas.

»Las congestiones uterinas por causas generales se han dividido por los autores en *activas* y *pasivas*.

»La congestion activa depende del estado pletórico, y es producida indirectamente por todas las causas que propenden á aumentar la cantidad de los glóbulos sanguíneos. Las congestiones de esta naturaleza apenas tienen lugar sino en las épocas menstruales; en cuyo caso lo mas comun es que no siga al flujo una resolucion completa, por estorbarlo alguna causa mecánica. Concíbese, sin embargo, que la congestion patológica puede resultar inmediatamente del aflujo demasiado considerable de sangre. «Si la sangre, dice Laurés, afluye con demasiada abundancia á los vasos, los distiende escesivamente, y disminuida la accion orgánica por esta distension, no puede desvanecerse completamente el infarto.» La congestion activa da muchas veces por resultado la hipertrofia propiamente dicha del tejido de la matriz.

»La *congestion pasiva* se manifiesta en circunstancias enteramente opuestas á las que acabamos de indicar. Encuéntrase en las mujeres de mala constitucion, linfáticas, escrofulosas, cloróticas, debilitadas por la miseria, por una enfermedad larga, por una caquexia de cualquier naturaleza ó por hemorragias copiosas; en aquellas cuya menstruacion es irregular, dolorosa ó poco abundante. «A consecuencia de causas que han traido en pos de sí una debilidad general del organismo, de la cual participa el útero, adquiere este órgano un estado de languidez, de astenia y de inercia, que poco á poco le priva de todos los medios de resistencia y de reaccion. En cada época menstrual se deja penetrar por una sangre pobre y serosa, que empapa é infiltra sus tejidos, y despues del flujo de las reglas queda en la matriz una congestion indolente, cuya resolucion es muy difícil, mientras no se sustraiga la mujer al influjo de las causas que la han desarrollado y sostienen» (Laurès, *Quelques considerations sur les ulceres et les engorgements de la matrice*, tésis inaug. de Paris, núm. 44, p. 13; 1844). La congestion pasiva termina ordinariamente en el infarto uterino con induracion (V. *infarto*).

»Ya se concibe que las causas locales pueden agregarse á las generales.

»Hay notables analogías entre la congestion uterina y la del recto: la primera es en la mujer lo que la segunda en el hombre; y asi como aquella termina ordinariamente en el infarto del útero, la del recto viene á parar en hemorroides. Por lo demas fácil es comprender por qué, bajo la influencia de unas mismas causas, la congestion que en el hombre se verifica en el recto, en la mujer acontece en el útero. «Siempre, dice Duparcque (*loc. cit.*, p. 166), que se manifieste en la economía una tendencia natural ó patológica á un movimiento fluxionario hácia un órgano, este movimiento mismo, electivo ó predisponente, será el que provoquen todas las causas susceptibles de desarrollar de un modo general en la economía un aumento de actividad vital anormal, traducido por una exageracion de los movimientos circulatorios... En las mujeres que han llegado á la pubertad se dirige conocidamente hácia el útero el movimiento fluxionario y congestivo, bajo la influencia de las causas que acabamos de indicar.

»Tratamiento.—La *congestion por causa local* no reclama ningun tratamiento por sí sola: removiendo la causa que la ha producido y la sostiene, se la hace cesar y se precave su repeticion. La congestion activa se juzga comunmente por la aparicion de las reglas ó por una metrorragia. Sin embargo, cuando los síntomas generales y locales son muy intensos, y tarda en presentarse el flujo sanguíneo, debe hacerse una sangria general, ó una aplicacion de sanguijuelas ó de ventosas escarificadas, en el hipogastrio, en el periné ó en la parte superior é interna de los muslos. Algunos médicos prefieren procurar una derivacion, haciendo emisiones sanguíneas locales en un punto distante de la matriz, como en los lomos ó en la base del pecho. Las ventosas de Junod son á menudo útiles para provocar el flujo menstrual, y con el mismo objeto pueden prescribirse los baños generales tibios. Los opiados y los antiespasmódicos se han usado para calmar el dolor y la escitacion general, como tambien para disminuir el espasmo uterino.

»La *congestion pasiva* exige constantemente un tratamiento, cuyas bases no se hallan bien establecidas en los autores.

»Muchos médicos solo tienen en cuenta la afeccion local, el estado congestivo de la matriz, y prescriben las sangrias generales y locales. Lisfranc recomienda sangrias revulsivas de

tres onzas, cuando las enfermas *no estan demasiado débiles (loc. cit.*, p. 642). Pero esta práctica es sumamente perjudicial, porque las emisiones sanguineas en este caso son una medicacion paliativa, cuyo resultado definitivo es aumentar la atonia del útero y la debilidad general, hacer mas frecuentes é intensas las congestiones uterinas, y la resolucion mas incompleta. Lo mismo decimos de los baños tibios y de la dieta.

»Los emenagogos y el centeno con cornezuelo se han preconizado tambien por algunos prácticos, que creian deber provocar ante todo el flujo sanguíneo; pero muchas veces no se consigue con estos medicamentos el objeto deseado, y entonces aumentan la congestion, y á menudo la hacen pasar al estado de flegmasia.

»En nuestro concepto la principal indicacion en el tratamiento de la congestion uterina pasiva, es modificar el estado general, del que casi siempre depende la lesion local. Es preciso reconstituir la sangre, regularizar la inervacion y activar la circulacion capilar de la periferia. Con la influencia de un alimento reparador, de un ejercicio moderado, de los tónicos, de los ferruginosos, de las lociones frias hechas en toda la cubierta cutánea, de los baños frios de regadera, de los de rio y de mar, hemos visto desaparecer congestiones, que se habian resistido á todas las medicaciones durante muchos años.

»Melier y Duparcque han empleado con buen éxito los escitantes difusivos, como el acetato de amoniaco, en *mujeres débiles cuyo pulso tenia poca resistencia.*

»Las inyecciones frias ó astringentes, los baños de asiento frios *muy prolongados*, son útiles para combatir el estado congestivo de la matriz; pero no deben considerarse sino como ayudantes del tratamiento general que hemos indicado» (Monneret y Fleury, *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, p. 360-363).

ARTICULO TERCERO.

Del infarto de la matriz.

»Sinonimia. — *Hipertrofia*, *hipertrofia indurada*, *infarto simple*, *infarto con induracion simple*, *metritis crónica*, *induracion del útero*, *reblandecimiento del útero.*

»Velpeau niega de un modo casi absoluto la existencia del infarto uterino.

«Creemos, dice, que los infartos uterinos son raros, muy raros; pues solo existen en una proporcion tan mínima, tan desproporcionada con el número de infartos que se cree tratar, que tememos sublevar contra nosotros á los prácticos mas prudentes, si manifestamos el número que hemos observado.

»Si se esplorase convenientemente la matriz, no se tardaria en adquirir el convencimiento de que todo lo que se ha dicho de los infartos se aplica simplemente á las desviaciones.

»No se encuentran en el cadaver ejemplos de estos pretendidos infartos, y es que entre muchos admitidos como tales apenas existe uno en realidad. Los prácticos que los han descubierto, los observan en la mujer viva, pero no los comprueban en la autopsia, y creemos que no pretenderán curarlos todos, pues á lo menos algunas mujeres de las que sucumben de otras enfermedades, debieran presentarlos si fueran tan frecuentes como se supone.

»Llamando infarto á una hipertrofia pura y simple, y que constituya por sí sola un estado patológico, sin degeneracion ni enfermedad notable del órgano, ciertamente que no se encontrará un solo caso entre ciento.

»Hay otra razon de analogia, que tiene tambien mucho valor. ¿Son por ventura frecuentes los infartos de los órganos parenquimatosos, de los testículos, del pulmon ó de las mamas? ¿Pues por qué razon habia de estar el útero mas sujeto que las demas vísceras á una hipertrofia patológica? Y por otra parte ¿la hipertrofia sola y simple constituye una enfermedad?

»Vemos pues, cómo se acumulan las razones para desechar la idea de estos pretendidos infartos. Aun cuando la esploracion directa, practicada convenientemente, no los hiciera desechar, bastarian las razones teóricas, para que pusiera en duda su frecuencia toda persona dotada de un juicio recto é imparcial.

»Para los prácticos ejercitados la palabra infarto nada significa, pues la esperiencia diaría los autoriza á considerar los que se admiten por algunos médicos como otras tantas desviaciones» (Velpeau, *loc cit.*, p. 314-315).

»Concedemos de buen grado que la palabra infarto nada significa; pero por esto justamente la hemos conservado, y habrá necesidad de continuar del mismo modo, mientras que la anatomia patológica no establezca bien los caractéres especiales que corresponden á cada una de las alteraciones que se comprenden con el nombre colectivo de infarto de la matriz. Efectivamente, veremos que se conocen bajo este nombre, ora una simple congestion, ora una hipertrofia, ora una induracion de tejido, que unos confunden con el escirro y otros separan de él, ora en fin hasta el cancer mismo.

»Mas adelante volveremos á tratar de estas cuestiones; pero debemos decir desde ahora, que las aserciones de Velpeau nos parecen demasiado absolutas.

»Dos objeciones hace este autor: la una se funda en hechos, la otra en la induccion: examinémoslas sucesivamente.

»Todos los observadores que se han ocupado de las enfermedades del útero afirman haber comprobado á menudo el infarto en la mujer viva. ¿Es posible creer que Boivin y Duges, que Recamier, Lisfranc, Duparcque, Jobert y otros muchos, se hayan equivocado constantemente, y que esplorando mal el órgano hayan tomado por infarto las desviaciones? Y aunque fuese

admisible esta equivocacion respecto de los infartos del cuerpo, no lo seria relativamente á los del cuello, porque estos se pueden apreciar directamente con la vista y con el tacto. Pretende Velpeau negar la frecuencia de los infartos del cuello. Y en caso negativo ¿por qué habia de estar mas exento de ellos el cuerpo? Segun el mismo autor, las desviaciones se resisten á la medicacion farmacéutica; ¿cómo pues desaparecen los pretendidos infartos bajo la influencia de un tratamiento apropiado?

»Dice Velpeau que «no se encuentran ejemplos de infartos en el cadaver»; pero todos los observadores que hemos citado han visto algunos, y nosotros mismos los hemos encontrado. Duparcque asegura que muchas matrices amputadas como cancerosas solo estaban infartadas, y para formar esta opinion las ha examinado, indicando los caractéres anatómicos que presentaban. Si los ejemplos cadavéricos no son mas numerosos, será probablemente porque no siendo el infarto del útero una enfermedad mortal, se cura casi constantemente, y porque en las autopsias rara vez se examina la matriz.

»Veamos las objeciones sacadas de la analogia.

»Si no se encuentra frecuentemente la hipertrofia del testículo y del pulmon, no sucede lo mismo con la del hígado y la del bazo. La hipertrofia del corazon se manifiesta bien á menudo, y creemos que nadie dejará de considerarla como una enfermedad.

»Velpeau conoce ciertamente mejor que nosotros las razones anatómicas y fisiológicas, que hacen que el útero deba estar mas sujeto que todas las demas vísceras á una hipertrofia patológica.

»La posicion baja del órgano, la compresion que le hacen esperimentar muchas veces el recto y la vejiga, la disposicion anatómica de las venas uterinas, la congestion mensual, el órgasmo venéreo, el coito, la gestacion y el parto, son todas circunstancias especiales, que deben favorecer singularmente el desarrollo de una hipertrofia patológica del útero, ó por lo menos la alteracion complexa á que se ha dado el nombre de infarto (V. *congestion*).

»Parécenos pues, que la esploracion directa y las razones teóricas prueban que las desviaciones no son tan frecuentes, ni el infarto tan raro, como cree Velpeau. Ya hemos dicho en otra parte que estos dos estados patológicos se encuentran á menudo reunidos.

»Ahora bien ¿son tan frecuentes los infartos uterinos como pretende Lisfranc? No seguramente, si se segrega de ellos el cancer escirroso que el cirujano de la Piedad reune bajo la denominacion comun de *infartos* á la metritis crónica, á la hipertrofia y al infarto simple con induracion.

»Los infártos serán muy raros, si solo se quiere aplicar este nombre á la hipertrofia propiamente dicha del tejido uterino. Por el contrario, serán muy comunes, si se quiere llamar asi, no solo la hipertrofia uterina, sino tambien aquella induracion particular, que parece ser al cancer del útero lo que la hipertrofia gástrica descrita por Chardel y por Andral al cancer del estómago.

»La mayor parte de los autores han usado la palabra infarto en esta última acepcion, que es la misma que nosotros le damos.

»Definicion y division.—Es sensible que reine tanta confusion en la historia del infarto del útero; basta la sinonimia colocada al frente de este artículo, para manifestar cuánto difieren las opiniones de los autores acerca de los caractéres anatómicos y de la naturaleza de la alteracion de que nos vamos ocupando.

»Valleix (*loc. cit.*, pág. 396), á imitacion de Duges y de algunos otros escritores, refiere todas las lesiones observadas á una flegmasia lenta, y sustituye el nombre único de metritis crónica á las numerosas denominaciones que han servido para designar las variedades del infarto uterino. Es imposible aceptar esta opinion, pues como veremos en otro lugar (V. *metritis crónica*), y demostraremos aqui, la inflamacion es la causa menos frecuente del infarto uterino, el cual depende ordinariamente de la congestion; fuera de que *la hipertrofia del útero no es una metritis crónica*, asi como no es *una carditis crónica la hipertrofia del corazon*.

»Boivin y Duges (ob. cit., t. II, pág. 268) y Lisfranc (ob. cit., t. II, p. 627-635-639-660) describen separadamente la metritis crónica y el infarto ó hipertrofia del útero; pero su distincion se funda en una base imaginaria, y su doble descripcion no es mas que una repeticion.

»Por último, Duparcque (*loc. cit.*, pág. 151-152) comprende bajo el nombre comun de infarto de la matriz la hipertrofia, los cuerpos fibrosos, los esteatomas, el edema, las fluxiones y congestiones sanguíneas, las flegmasias agudas, subagudas ó crónicas, el escirro, los tubérculos, el encefaloides y la melanosis, y no traza línea alguna de division entre la hipertrofia, la congestion, la metritis crónica, la induracion y el escirro.

»Cuesta trabajo comprender, que pueda haber tanta anarquia en el estado actual de la ciencia. Procuraremos hacerla cesar, apoyándonos en una definicion rigorosa y en divisiones sólidamente establecidas.

»Llamamos infarto del útero *al aumento permanente de volumen de la matriz, producido por el engrosamiento parcial ó general de sus paredes, sin ninguna otra modificacion fisiológica ó patológica del órgano de la gestacion, ni desarrollo de ningun tejido heterólogo.*

»Decimos *aumento permanente de volumen*, para separar al infarto de la congestion seguida de una resolucion completa, reservándonos indicar los grados insensibles que conducen de esta á aquel.

»Decimos tambien *sin ninguna otra modificacion fisiológica ni patológica*, para separar la hipertrofia uterina considerada como individua-

lidad morbosa, de los aumentos de volumen dependientes de la gestacion y del parto, de la metritis aguda ó de la presencia de un cuerpo fibroso ó de un pólipo.

»Y por último, decimos *sin desarrollo de ningun tejido heterólogo*, para separar el infarto del cáncer, de los tubérculos, etc.

»Puede conservarse, aumentarse ó disminuirse la consistencia del tejido uterino infartado, y por consiguiente distinguiremos tres especies de infartos.

»1.° *Infarto hipertrófico*, 2.° *infarto con induracion*, 3.° *infarto con reblandecimiento*.

»Finalmente el infarto puede ocupar diferentes partes del órgano en una estension mas ó menos considerable. De aqui: A. *infarto del cuello*, a. *general*, b. *parcial;* B. *infarto del cuerpo*, a. *general*, b. *parcial;* C. *infarto simultáneo del cuello y del cuerpo*, a. *general*, b. *parcial*.

»Alteraciones anatómicas. — *Infarto hipertrófico* (*hipertrofia*, *congestion*, de algunos autores). — El tejido uterino se divide fácilmente con el escalpelo; no ofrece una resistencia notable; pero sin embargo es mas duro y turgente, lo que depende de la considerable cantidad de fluidos de que está infiltrado; su color es mas rojo, mas oscuro que en el estado normal; las fibras carnosas estan mejor delineadas; en una palabra, parece que el tejido sometido al exámen pertenece al útero de una mujer que está en el tercer mes de la preñez. Existe una verdadera hipertrofia, semejante en un todo por sus caractéres anatómicos á la hipertrofia del corazon.

»Esta alteracion, siempre facil de distinguir de la degeneracion cancerosa, ¿podrá confundirse con la congestion? En la última no se encuentra modificado el tejido uterino en su estructura íntima; la sangre no está combinada con él, sino encerrada en los vasos que distiende, y sale en mayor cantidad cuando se hace alguna seccion en el órgano; nótanse arborizaciones que no existen en la hipertrofia propiamente dicha; el volumen de la matriz no está sensiblemente aumentado; en una palabra, hay congestion, pero no hipertrofia. Estos caractéres diferenciales son muy marcados, cuando se verifica la congestion en un tejido sano; pero van desapareciendo cuando tiene lugar en un punto, que ha padecido ya muchas congestiones cuya resolucion no ha sido completa. Entonces se borran cada vez mas, y llega un momento en que la hipertrofia remplaza al estado congestivo, pudiendo este por otra parte agregarse de cuando en cuando al mismo infarto (V. causas). Ya hemos dicho que cuando la congestion uterina activa no escede de ciertos límites, viene á convertirse en hipertrofia.

»2.° *Infarto con induracion (metritis crónica, infarto duro, infarto blanco, infarto fibro-albuminoso, induracion, hipertrofia con induracion, escirro)*. Esta segunda forma parece ser solo un grado mas avanzado de la alteracion anteriormente descrita. Aqui el aumento de volumen es considerable; el tejido uterino está pálido, amarillento, parduzco, duro y resistente; hay que hacer fuerza para poderle cortar con el escalpelo, y no sale mas que un poco de sangre despues de la seccion. Reconócese todavia la estructura propia de la matriz; pero parece que el tejido fibro-muscular está comprimido y atrofiado por la interposicion de una sustancia estraña combinada íntimamente con él. Esta sustancia estraña existe efectivamente, y segun algunos autores está formada por la parte albuminosa y fibrinosa de la sangre. Detenida esta en el órgano, y no pudiendo emplearse toda en su nutricion, se descompone; la parte serosa se reabsorve, y quedan la albúmina y la fibrina, que se coagulan y permanecen en el tejido uterino, formando la materia de la induracion. Mas, para averiguar la verdadera naturaleza de esta materia de la induracion se necesitan nuevas investigaciones anatómicas. Por nuestra parte no tendriamos reparo en referirla á una hipertrofia del tejido celular y fibroso de la matriz, si no asegurase Jobert que no se encuentran en el útero estos tejidos (mem. cit., p. 200 y sig.).

»El infarto con induracion no siempre es facil de distinguir del escirro. Mas adelante daremos á conocer los caractéres anatómicos diferenciales que han indicado los autores (V. *cancer*).

»3.° *Infarto con reblandecimiento*.—Esta última forma depende manifiestamente de un estado morboso general; se observa en las mujeres de mala constitucion, escrofulosas, tuberculosas, caquécticas, escorbúticas ó debilitadas por la miseria, enfermedades, etc. Parece que la sangre ha perdido sus cualidades plásticas; permanece en el tejido uterino, conservando su fluidez; la fibrina y la albúmina no se coagulan, y la consistencia del órgano está por consiguiente disminuida en vez de hallarse aumentada.

»El tejido uterino se encuentra impregnado de sangre; presenta un color rojo uniforme, mas ó menos subido, y crepita al tocarle con el dedo; se asemeja á un tejido erectil, y está disminuida su consistencia. En un período muy adelantado no se conoce ya la estructura del órgano; el tejido uterino representa una masa homogénea, pultácea, de color violado ó negruzco (V. Laurés, *Quelques considerations sur les ulcerations et les engorgements du col de la matrice*, etc., tésis inaug. de Paris, 1844, número 44, obs. 1-5; Bastien, *Des maladies du col de l'uterus*, tésis inaug. de Paris, 1845, número 46, p. 16).

»Esta alteracion se ha descrito á menudo bajo los nombres de *fungus*, de *estado fungoso*, de *fungus hematodes*, de *cancer sanguíneo*, de *cancer oculto*.

»Sitio del infarto. — El infarto con reblandecimiento solo se ha observado en el cuello, y siempre ha sido general.

»Las dos formas primeras ocupan mucho mas frecuentemente el cuello que el cuerpo.

»Los infartos del cuello son mas á menudo

parciales que generales, y se manifiestan con mucha mas frecuencia en el labio posterior que en el anterior.

»Cuando los infartos del cuerpo son parciales, existen principalmente en la parte posterior del órgano; pero cuando son generales, puede adquirir la matriz mucho volumen, y hallarse su cavidad mas bien disminuida que aumentada (Hooper). Lisfranc ha visto mujeres cuyo útero llenaba casi completamente la escavacion de la pelvis (*loc. cit.*, p. 655).

»Por último, cuando los infartos ocupan á un mismo tiempo el cuello y el cuerpo del útero, pueden ser generales ó parciales; en cuyo último caso se manifiestan ordinariamente en el labio posterior del cuello y en la parte posterior del cuerpo.

»El infarto del útero viene casi siempre acompañado de dislocacion, de catarro ó de úlceras (V. estas enfermedades). «Las úlceras simples son muy comunes, segun Lisfranc, siendo la regla general que existan y la escepcion que falten.»

»Síntomas. — *Infarto con induracion ó sin ella.*—Cuando las dos primeras formas no vienen acompañadas ni de catarro, ni de dislocacion, ni de úlceras, pueden existir muchos años sin revelar su presencia por ninguna alteracion funcional, no teniendo las mujeres otra cosa mas que una sensacion de peso mas ó menos marcada en el periné (Lisfranc, *loc. cit.*, página 654); pero estos casos son escepcionales y muy raros, porque casi siempre se observa la reunion de los síntomas que hemos enumerado en nuestra descripcion general de las enfermedades del útero, etc. Por esta razon no entraremos aqui en pormenores, que solo serian una repeticion (V. Lisfranc, *loc. cit.*, p. 647 y sig.). Por lo demas facil es adivinar cuáles son en el cuadro que hemos trazado los síntomas que corresponden especialmente al infarto y los que pertenecen á la dislocacion, al catarro ó á las úlceras que le acompañan.

»El tacto vaginal y el espéculum permiten comprobar con esactitud el sitio, la estension y la consistencia, de los infartos del cuello. Muchas veces cuesta trabajo abrazar con el instrumento todo el hocico de tenca; tiene un color rojo mas ó menos oscuro y á veces parduzco; su superficie está ordinariamente lisa, pero puede ser desigual ó abollada, y el orificio se halla algunas veces entreabierto.

»El espéculum solo suministra signos negativos en los infartos que ocupan esclusivamente el cuerpo, y entonces hay que esplorar con atencion el órgano por medio del tacto vaginal y rectal, empleando simultáneamente, segun el precepto de Velpeau, el tacto y la palpacion.

»*Infarto con reblandecimiento.*—Esta tercera forma viene acompañada de síntomas especiales característicos y muy importantes de conocer. Muchas veces no se siente tirantez, peso, dolores ni fenómenos simpáticos; la paciente solo echa de ver la enfermedad por un flujo sanguíneo poco abundante, pero casi continuo; sobrevienen hemorragias mas o menos considerables por las causas mas leves, como la accion de andar, el coito o una carrera en carruage o á caballo. Al cabo de algun tiempo enflaquece la enferma; pierde sus fuerzas; su piel se pone descolorida, amarillenta, térrea, y cuando se reproducen las hemorragias cierto número de veces, se presentan todos los fenómenos propios de la anemia mas adelantada.

»Tocando el cuello se advierte una especie de crepitacion; parece, dice Bastien, que se hace mover una masa gelatinosa, contenida bajo una cubierta endeble. La consistencia del órgano es mas ó menos blanda y muchas veces como pultácea, y el tacto provoca siempre algun flujo de sangre.

»El espéculum manifiesta las modificaciones que ha esperimentado el cuello en su figura y volumen, y su color violado ó negruzco; si se ejerce una ligera presion en el órgano con un pincel de hilas, se le hace ceder en todos sus puntos, y se ve salir sangre por el orificio y por toda la superficie del hocico de tenca; de manera «que parece que se esprime una esponja.»

»Casi siempre se ven en el cuello úlceras irregulares y profundas, sembradas de fungosidades que dan sangre al mas ligero contacto.

»Curso, duracion, terminacion de los infartos uterinos.—Las dos primeras formas tienen una marcha muy lenta, y aunque no comprometen directamente la vida de las enfermas, abandonadas a sí mismas, pueden durar muchos años: hánse visto infartos que tenian diez, quince y veinte años de existencia.

»Lisfranc ha visto mujeres, que se han curado espontáneamente ó mediante un embarazo; pero ordinariamente los infartos permanecen estacionarios ó se aumentan, y entonces los fenómenos simpáticos y los síntomas que pertenecen á las complicaciones *(dislocaciones, catarro, úlceras)* obligan al cabo de cierto tiempo á reclamar los socorros del arte.

»Prescindiendo de las doncellas que estan en la edad de la pubertad, es raro, segun Lisfranc, que el infarto con induracion se cure en menos de tres meses, cualesquiera que sean los medios que se pongan en práctica: ordinariamente hay que continuar el tratamiento por seis ú ocho meses para conseguir la curacion, la cual no se obtiene en muchas mujeres hasta al cabo de un año, dos, tres ó mas (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 654).

»Duparcque y Lisfranc creen, que el infarto con induracion puede en mas ó menos tiempo *trasformarse en cancer ó en escirro.* No discutiremos ahora una doctrina que hemos de estudiar estensamente en otro lugar (V. cancer); pero sí diremos con Valleix, que esta trasformacion no se halla justificada por los hechos conocidos. «Nada tiene de particular que una mujer afectada de metritis crónica *(infarto con induracion)* ofrezca mas adelante cancer; pero

no hay que apresurarse á concluir de aqui que le ha producido la inflamacion. Efectivamente, el estado flegmásico no es una inmunidad contra el canceroso, y las mujeres que le padecen estan sujetas á esta enfermedad orgánica lo mismo que las demas. La induracion es un caracter comun á la inflamacion crónica y al escirro; pero no se han visto materias cancerosa ni escirrosa en ningun caso de metritis crónica comprobada por la autopsia.»

»El infarto con reblandecimiento sigue un curso muy diferente del que acabamos de describir: en cuanto la consistencia del cuello está notablemente disminuida, la enfermedad progresa con rapidez; las hemorragias, que se suceden con intervalos cada vez mas cortos, constituyen á la mujer en la anemia, y bastan á veces algunos meses para producir un estado general muy grave; por manera que á no intervenir el arte con energia, la muerte seria ciertamente la terminacion ordinaria de esta alteracion.

»Diagnóstico.—Los infartos con induracion solo pueden confundirse con el cancer incipiente. Al tratar de este veremos, que el diagnóstico diferencial es siempre difícil, algunas veces imposible, y que se funda menos en los signos racionales y físicos, que en el curso, duracion y terminacion de la enfermedad (V. cancer).

»La esploracion directa no siempre permite distinguir el infarto de la congestion, principalmente cuando el mal ocupa el cuerpo de la matriz; pero los síntomas y el curso no son iguales en ambas afecciones (V. congestion); por otra parte la congestion se resuelve completamente al cabo de algunos dias, y si deja algun aumento de volumen, es porque hay ya un infarto al cual se agrega la congestion.

»Los infartos del cuello son mucho mas fáciles de conocer que los del cuerpo. Estos últimos exigen á menudo una esploracion atenta; pero practicando convenientemente la palpacion y el tacto se llega á comprobar su existencia, y procediendo con alguna atencion, no se los puede confundir con las desviaciones ni con las inclinaciones del útero.

»El pronóstico es sério sin ser grave. Para predecir la duracion de la enfermedad y la eficacia del tratamiento, hay que tener en consideracion la edad de la mujer, su constitucion, el estado general de su salud y las causas bajo cuya influencia se ha verificado el infarto. A igualdad de circunstancias será peor el pronóstico, si la enferma es de edad avanzada, si está débil, anémica, y si el infarto ha sido producido por congestiones uterinas pasivas.

»Etiologia.—*Causas predisponentes*.–Son las de la congestion uterina y las de la metritis (V. estas enfermedades), y por lo tanto no necesitamos repetirlas.

»*Causas determinantes*. — La metritis aguda es una causa escesivamente rara del infarto uterino, y tanto que Valleix no ha podido encontrar en los autores mas que una sola observacion de este género.

»La congestion uterina por causa local concluye á veces, como hemos dicho, por convertirse en un infarto con induracion, y cuando la causa es de naturaleza capaz de irritar la matriz ó de llamar á ella un aflujo considerable de sangre, puede admitirse que dé origen á una flegmasia primitivamente crónica. De todos modos solo podria darse el nombre de metritis crónica á este infarto producido por una causa local irritante. Por lo comun las causas locales determinan el infarto, dificultando la circulacion uterina, y oponiéndose á la completa resolucion de las congestiones fisiológicas.

»Como la congestion activa se resuelve por punto general, ora espontáneamente, ora con los recursos del arte (V. congestion), no es una causa frecuente de infarto. No obstante, algunas veces termina primero en hipertrofia y mas adelante en induracion.

»La congestion pasiva es ciertamente la causa mas comun de la induracion uterina, y bajo su influencia se verifica siempre el infarto con reblandecimiento.

»Tratamiento.—Si se pregunta á los autores cuál ha de ser el tratamiento de los infartos del útero, nos encontramos muy pronto con una anarquia igual á la de que hemos hablado al principio de este artículo: unos (V. Lisfranc, *loc. cit.*, p. 667) indican un tratamiento, que segun ellos es comun á la metritis crónica, á los infartos y á las úlceras; otros (V. Valleix, *loc. cit.*, pág. 419) enumeran las medicaciones mas diferentes, sin dar á conocer las circunstancias que deben presidir á la eleccion del práctico; y nadie se cuida de las causas de la enfermedad, ni de formular indicaciones que conduzcan á una terapéutica racional.

»El *reposo absoluto* del órgano y de la enferma y la posicion horizontal se han erigido en regla general por algunos autores; pero este es un error grave, que produce á menudo resultados funestos, cuando el infarto depende de una congestion pasiva, ó cuando se complica con astenia del útero ó con anemia. Hay mujeres cuyas reglas no fluyen cuando no hacen ejercicio, y otras que con el reposo absoluto sufren trastornos de las funciones digestivas y exaltacion de la inervacion, aumentándoseles singularmente el enflaquecimiento y la debilidad.

«La esperiencia ha probado, dice Lisfranc, que puede obtenerse la curacion lo mismo y aun mejor haciendo algo de ejercicio, cuando este no agrava mucho los dolores. En los infartos duros y esencialmente indolentes, el ejercicio á caballo al paso es á menudo muy útil; las ligeras conmociones que imprime á la matriz despiertan en ella la absorcion, y concurren eficazmente á la curacion....Lo mismo decimos del coito usado con mesura, pues por la escitacion que determina puede ser útil para combatir el estupor del sistema absorvente (*loc. cit.*, p. 670-672).

»Ya se deja conocer, que el ejercicio debe ser gradual y no hacerse nunca fatigoso, y que

han de estudiarse con atencion sus efectos, á fin de moderarle y aun suprimirle cuando produce accidentes perjudiciales. El uso de este medio exige por parte del médico mucha sagacidad y esperiencia, y es uno de los puntos mas difíciles y mas importantes del tratamiento de los infartos uterinos. Ora es preciso no dejarse llevar de las quejas de las enfermas, porque muchas veces por costumbre, pereza ó prevencion, dicen sin suficiente motivo que el ejercicio aumenta sus padecimientos; ora conviene no dar entera fé á aserciones contrarias; porque á menudo por vivacidad de caracter, por aficion á la sociedad, á los placeres ó á la disipacion, disimulan las mujeres el efecto perjudicial que esperimentan. Cuando las enfermas han guardado por mucho tiempo un reposo absoluto, las primeras tentativas de ejercicio son á veces dolorosas y parecen perjudiciales. Asi pues, no debe considerarse este primer resultado como una contraindicacion definitiva, pues al cabo de algunos dias se apaciguan y desaparecen los dolores, y el ejercicio modifica muy favorablemente el infarto del útero y el estado general de la enferma.

»El paseo á pie es el que nos parece preferible; el ejercicio en carruaje ó á caballo es útil pocas veces y esas en los términos propuestos por Lisfranc.

»Cuando el infarto es de naturaleza flegmásica ó producido por una congestion activa, y cuando el ejercicio provoca y exaspera el dolor, es indispensable el reposo absoluto. «He visto mujeres indóciles, dice Lisfranc (p. 669), que por olvidar este precepto han visto perpetuarse su enfermedad á pesar de los métodos de tratamiento mejor combinados y seguidos con mas prudencia.» Sin embargo, se han de evitar los escesos: en los intervalos de las reglas es ordinariamente permitido y aun útil hacer un ejercicio moderado.

»La cama no debe ser blanda: Lisfranc quiere que se componga solo de uno ó dos colchones de crin. No deben usarse muchas cubiertas ni almohadones de abrigo, debiendo las enfermas permanecer acostadas lo menos posible, y siendo preferible que se recuesten en un sofá ó en una butaca.

»Las *sangrias generales* y *locales* se han preconizado por la mayor parte de los autores, y Duparcque dice, que siempre ó con muy pocas escepciones, son el tratamiento curativo esencial de ciertos infartos del útero, y el preparatorio indispensable para la mayor parte de los demas (p. 269).

»Se ha aconsejado generalmente el uso de sanguijuelas en la region hipogástrica, en los lomos, en los riñones, en los muslos y en el ano. Duparcque prefiere aplicar los annelidos al cuello del útero, y pone este medio al frente de todos los que se han propuesto, asegurando que con él se calman los dolores como por encanto, y que se consigue a menudo la resolucion del infarto con una rapidez sorprendente (*loc. cit.*, p. 278-280).

»Boivin y Duges, como tambien Lisfranc, rechazan las sangrias locales. Si se aplica un corto número de sanguijuelas cerca del útero, determinan congestion en este órgano; y si lejos, como por ejemplo en los tobillos, no producen efecto sensible; si las sanguijuelas son muchas, obran como una sangria general y no tienen preferencia ninguna sobre la flebotomia. Aplicadas al cuello aumentan casi siempre la fluxion sanguínea, y á veces ocasionan una hemorragia difícil de contener (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 282-283).

»Lisfranc ha renunciado enteramente á las sangrias locales; segun él, aumentan el dolor y el calor diez y ocho veces entre veinte, y en ocasiones producen accidentes muy violentos. No pueden aplicarse en el cuello del útero mas de 15 ó 20 sanguijuelas, cuyo número será á menudo demasiado corto, y aunque se tomen todas las precauciones posibles, no dejarán de aumentar la congestion (*loc. cit.*, p. 713-716).

»Nuestra esperiencia propia no ha sido tampoco favorable á las sangrias locales, y creemos deben desecharse por punto general: Chomel es de la misma opinion. «La aplicacion de sanguijuelas á la vulva solo conviene cuando la mujer es jóven, y cuando por hallarse suprimidas ó disminuidas las reglas, se trata de restablecer esta funcion ó suplir su insuficiencia... En cuanto á la aplicacion de sanguijuelas al mismo hocico de tenca, es un procedimiento tan largo y difícil, como desagradable y fatigoso para la enferma, siendo sus ventajas muy dudosas sin carecer de inconvenientes» (*Dictionnaire de médecine*, art. METRITIS CRÓNICA, tomo XXX, p. 251).

»Duparcque ha defendido con ardor la flebotomia, y quiere que el número de sangrias y la cantidad de sangre que se estraiga esten en relacion con la edad, el temperamento, la fuerza del sugeto, el grado de predominio de los fenómenos congestivos ó flegmásicos locales y el estado de reaccion general; y sin embargo establece como regla general la de hacer á menudo sangrias de ocho á diez onzas: habla de casos en que se abrió la vena muchas veces con pocos dias de intervalo (*loc. cit.*, página 269 y sig.). En muchas observaciones reunidas por Valleix se repitió la sangria dos, tres y cuatro veces en dos ó tres semanas.

»Por nuestra parte desechamos formalmente las sangrias *espoliativas* como método general de tratamiento. Los autores que las han alabado, han incurrido en el error de atribuir á una causa flegmásica todos los infartos del útero, estableciendo un tratamiento conforme á esta opinion. «En *todo infarto duro*, dice Duparcque (p. 269) el estado inflamatorio, sea primitivo ó consecutivo, esencial ó sintomático, agudo ó crónico, opone un obstáculo insuperable al tratamiento, y por consiguiente lo primero que debe hacer el médico es tratar de destruirle.»

Esta doctrina se halla en oposicion con los hechos, pues muy pocas veces se observa el elemento inflamatorio.

»Cuando se usen las emisiones sanguíneas espoliativas ha de ser con mucha reserva; pues no convienen mas que en un corto número de casos, en que el infarto es de naturaleza flegmásica ó depende de un estado pletórico ó está sostenido por congestiones uterinas activas. En este último caso, es en nuestro concepto necesario abrir la vena algunos dias antes de la época menstrual, mas bien que algunos dias despues como aconsejan varios autores. La razon de esto es muy sencilla: vale mas precaver la congestion uterina que tener que combatir sus efectos.

»En los infartos por congestion pasiva (ya hemos esplicado suficientemente lo que entendemos por esta espresion, de la que usamos solo en obsequio á la brevedad) son perjudiciales las emisiones sanguíneas espoliativas, pues agravan el estado general y aun el local, y cuanto mayor es la cantidad de sangre que por su medio se estrae, mas se aumenta la congestion del útero (V. Congestion).

»Lisfranc ha sustituido á las sangrias espoliativas las *derivativas* ó *revulsivas* (de media á seis onzas de sangre) hechas una vez al mes por lo menos. Segun este cirujano, no irritan el sistema nervioso ni debilitan á las enfermas, y apenas se notan sus efectos asténicos aun en los sugetos mas débiles. Hé aquí las reglas que deben presidir al uso de este medio.

»Si veinticuatro horas despues de la cesacion de la regla siente la enferma mas pesadez, dolor y calor, se practica inmediatamente una sangria revulsiva. Cuando la evacuacion periódica viene precedida ó acompañada de fuertes dolores, se sangra en los intervalos; y cuando los padecimientos de la enferma parecen independientes de la menstruacion, se recurre á la flebotomia una, dos y aun tres veces al mes, segun las indicaciones (*loc. cit.*, p. 718).

»Lisfranc adopta por punto general el uso de las sangrias revulsivas, y asegura que con algunas escepciones ha obtenido siempre felices resultados (ob. cit., t. I, p. 40 y sig.; t. III, p. 717 y sig.). Sin embargo, confiesa que casi siempre producen sofocaciones, palpitaciones de corazon, dolores de cabeza y congestiones en las regiones supra-diafragmáticas, y que á veces aumentan y aun exaltan la inervacion.

»No somos partidarios de las sangrias revulsivas, pues hemos visto demasiadas enfermas que no han logrado con ellas ningun alivio, y que hasta se han agravado con tal medicacion. En el principio del mal, cuando la mujer es jóven, robusta, pletórica, cuando se verifican congestiones activas en el útero, la sangria espoliativa es preferible á la revulsiva; y en circunstancias opuestas toda pérdida de sangre, por pequeña que sea, es perjudicial. Las sangrias revulsivas de nada sirven contra la induracion, no evitan las congestiones, aumentan la anemia, los fenómenos nerviosos, las alteraciones digestivas y la astenia general y local; calman los dolores; pero otros medios lo hacen con igual eficacia sin tener los mismos inconvenientes.

»Los *baños frios* obran primitivamente congestionando el útero, y consecutivamente ó por reaccion, dirigiendo la sangre desde el centro á la circunferencia, y por consiguiente activando la circulacion capilar periférica. Lisfranc, teniendo solo en consideracion el efecto primitivo, desecha el uso de este medio. «No me atreveria, dice, á usar baños capaces de congestionar la matriz, ni aun cuando este órgano padeciese un infarto muy crónico y estuvieran muy entorpecidas y nada fáciles de escitar sus propiedades vitales; porque me espondria á determinar una congestion muy fuerte, que quizá diese lugar á una flegmasia aguda en tejidos mas ó menos trasformados» (*loc. cit.*, p. 684). Los temores de Lisfranc se han justificado muchas veces por el uso de los baños de rio ó caseros; pero no se realizarán jamás, si se cuida de no prolongar con esceso el efecto primitivo del agua fria y se provoca una reaccion suficientemente enérgica. Los procedimientos en que la cubierta cutánea resiste el agua fria con cierta fuerza de proyeccion, permiten llenar perfectamente esta doble indicacion. Los baños de regadera, los de mar y los chorros, son sumamente útiles contra las induraciones que resultan de congestiones anteriores que han dejado de reproducirse; modifican rápida y favorablemente el estado general y la afeccion local, cuando la induracion viene acompañada de astenia y de alteraciones digestivas y nerviosas, y muchas veces calman los dolores instantáneamente mejor aun que los tibios.

»Los *baños de asiento calientes*, simples ó emolientes, deben desecharse sin restriccion. En este punto somos en un todo de la opinion de Lisfranc (*loc. cit.*, p. 683).

»Los *baños de asiento frios* pueden usarse con ventaja; pero su administracion exige mucho cuidado y prudencia. Si se usan como sedantes, como antiflogísticos locales, es preciso que sean de larga duracion y que el agua se sostenga constantemente á una misma temperatura. Preferimos los baños de asiento en que el agua renovada incesantemente llega en forma de lluvia y con alguna fuerza á las partes á que se quiere aplicar (baños de asiento en agua corriente).

»Los *baños de pies* no deben usarse, sino cuando se quiere activar ó escitar el flujo menstrual.

»Los de *antebrazos* ó *de manos* producen una derivacion poderosa; pero Lisfranc dice que deben evitarse en las personas propensas á apoplegias ó á enfermedades del corazon y de los pulmones.

»Las *inyecciones* simples, emolientes ó narcóticas, los *baños del cuello del útero*, preconi-

zados por Mèlier, y las *cataplasmas emolientes* y *narcóticas* aplicadas al hipogastrio, convienen en los infartos inflamatorios acompañados de calor y dolor.

»Cuando la induracion es crónica é indolente, se prescriben por punto general las *inyecciones astringentes*, *tónicas* ó *resolutivas*, con la infusion acuosa de rosas castellanas, el vino aromático, el agua vegeto-mineral, los cocimientos de tanino, de tomillo, de espliego, de ratania, el agua aluminosa, etc. «Es necesario, dice Lisfranc, vigilar con cuidado la accion de estos medios, que pueden traspasar los límites debidos y producir ó aumentar la flegmasía; pero recomendamos á los prácticos jóvenes que no se arredren si notan algunos ligeros fenómenos de eretismo, indispensables para obtener la curacion, y que solo denotan que se ha de insistir algo menos en las inyecciones estimulantes» (*loc. cit.*, p. 688).

»Cualquiera que sea la naturaleza del líquido inyectado, quiere Lisfranc que tenga una temperatura de 15 ó 20 grados (*inyecciones tibias*); pero á nuestro parecer no debe ser general esta regla; porque en los casos en que estan indicados los baños frios, se obtienen buenos efectos con las inyecciones prolongadas por mucho tiempo de agua comun á la temperatura de 8 á 12° (*inyecciones frias*) y con las irrigaciones y chorros ascendentes de igual naturaleza. Por lo demas el mismo Lisfranc reconoce que suelen ser muy útiles los *chorros frios*, cuando la enfermedad es crónica y han cesado los dolores (p. 697). En cuanto á las inyecciones *calientes* y á las *fumigaciones vaginales*, convenimos con Lisfranc en que deben proscribirse.

»Algunos cirujanos han alabado las aplicaciones de hielo en la vagina y el hipogastrio; pero este medio violento es peligroso muchas veces (V. Lisfranc, p. 699), y preferimos el agua fria bajo todos aspectos.

»Cuanto acabamos de decir de las inyecciones, es aplicable á las *lavativas* y á los *chorros ascendentes rectales*, administrados como baños locales. Las *cataplasmas vaginales* tienen inconvenientes que obligan á desecharlas (véase Lisfranc, *loc. cit.*, p. 693 y sig.).

»Los partidarios de la metritis crónica han preconizado la dieta; pero fácilmente se comprende por lo que viene dicho, que en el mayor número de casos ha de ser perjudicial.

»Hemos hecho una reseña de los principales agentes de la medicacion antiflogística, obteniendo por resultado, que lejos de convenir en casi todos los infartos uterinos, solo estan indicados en un corto número de casos, en que está sostenida la enfermedad por la inflamacion ó la plétora. Así lo han comprendido Boivin y Duges, cuya autoridad es de bastante importancia, para que no dudemos repetir sus palabras. «La enfermedad se halla ordinariamente bajo la influencia de un estado constitucional, de una idiosincrasia, que propende á reproducir el mal á medida que los tópicos propenden á disiparle; ofrece una mezcla de estenia y de astenia, que ora predominan una sobre otra, y ora parecen combinarse. La primera indicacion es variar, si es posible, una constitucion desfavorable por el uso de medios generales. Sin hablar de los tónicos y de los antiescrofulosos, no hay duda que el cambio de aires, la permanencia en el campo, un régimen sustancioso aunque no estimulante, etc., etc., pueden facilitar la curacion y hacerla duradera. Tambien tienen un efecto marcado en el órgano enfermo otros medios, que obran en toda la economía aumentando la energía del sistema vascular y escitando el nervioso» (*loc. cit.*, página 278-279).

»El tratamiento racional de los infartos del útero puede reducirse á tres indicaciones: 1.° alejar la causa que ha producido el infarto, y cuya permanencia le sostiene y aumenta; 2.° oponer un tratamiento paliativo á los accidentes determinados por el infarto; 3.° tratar de conseguir la resolucion del infarto.

»Ya hemos manifestado suficientemente el modo de llenar la primera indicacion, ora reconozca por causa el infarto una metritis crónica, ora una congestion uterina por causa local ó general (V. CONGESTION).

»El tratamiento paliativo, dirigido contra los dolores y las alteraciones del sistema nervioso, estriba enteramente en el uso de los calmantes y de los narcóticos, tanto esteriormente (*baños, cataplasmas*, *inyecciones*, *lavativas*, *fricciones*, *método endérmico*, *etc.*), como introducidos en el estómago, y nada ofrece de particular. El opio, las sales de morfina, la belladona y el estramonio, son los medicamentos á que se recurre con preferencia.

»El tratamiento destinado á resolver el infarto reclama un exámen profundo.

»Cuando el infarto no es muy antiguo ni muy voluminoso, ni viene acompañado de una induracion considerable, desaparece algunas veces espontáneamente, despues de alejada la causa que le habia producido y sostenido. Sin embargo, por lo comun se necesita combatirle con una medicacion activa.

»*Cura famis.*—Duparcque ha preconizado mucho la abstinencia prolongada. No creemos necesario impugnar formalmente una medicacion, cuyas condiciones de buen éxito son el enflaquecimiento, el deterioro de las fuerzas, el marasmo y la atrofia (V. Duparcque, *loc. cit.*, p. 280 y sig.).

»La *cicuta*, tan alabada por Recamier, y que Lisfranc ha usado algunas veces, es de dudosa eficacia (V. CÁNCER).

»*Alcalinos.*—Las aguas salinas tomadas interiormente y bajo la forma de baños, producen á menudo buen resultado, cuando el infarto es reciente, y son muy útiles para consolidar la curacion y precaver las recidivas.

»Los *mercuriales* (*calomelanos*, *píldoras de*

unguento mercurial, fricciones mercuriales) no tienen una eficacia bien comprobada.

»Los *ferruginosos* son verdaderamente resolutivos, cuando al infarto se agrega la clorosis, la anemia ó la astenia; pero es necesario no perder de vista la accion congestiva que ejercen en el útero.

»*Iodo.*—Las fricciones en las ingles ó en la parte superior é interna de los muslos con la pomada de ioduro de plomo (R. *manteca una onza; ioduro de plomo una dracma*), se han usado con buen éxito por Duparcque, Lisfranc y otros muchos prácticos. En el dia prescribe Lisfranc frecuentemente el ioduro de potasio, administrado interiormente en los casos de induracion crónica é indolente.

»La medicacion iódica es á menudo útil; pero no debe usarse, sinó cuando el estado general es satisfactorio, desechándola en sugetos flacos, débiles, y en quienes predominan las alteraciones gástricas y nerviosas.

»*Revulsivos y derivativos.—Los purgantes suaves* son casi siempre necesarios para mantener el vientre libre; pero usados como derivativos, tienen el inconveniente de producir una irritacion en los intestinos, que se propaga muchas veces al útero. Por otra parte los suelen contraindicar las alteraciones digestivas y nerviosas.

»Los *vejigatorios* volantes ó fijos, puestos en las inmediaciones de los órganos sexuales, los *exutorios* establecidos debajo de las regiones renales, encima de las trompas de Falopio, en los muslos ó en las piernas, el *sedal* en los alrededores de la pelvis ó en la parte inferior del vientre, han resuelto á menudo infartos endurecidos muy antiguos y voluminosos; pero los enfermos repugnan ordinariamente estos medios temiendo con razon sus graves inconvenientes.

»*Cauterizacion del cuello del útero con el hierro candente.*—Jobert ha propuesto esta medicacion á la que debe numerosas curaciones. De todos los medios dirigidos contra los infartos endurecidos, este es á nuestro parecer el que merece la preferencia; porque no tiene ningun inconveniente y da casi siempre buenos resultados. Esta doble asercion se funda, no solo en la práctica de dicho autor, sino tambien en los numerosos hechos que hemos observado.

»La aplicacion del hierro candente al cuello del útero se halla tan lejos de ocasionar dolor «que todas las enfermas á quienes se ha hecho sin prevenirles cosa alguna, han confesado despues de terminada, no haber sentido la accion del fuego, ni conocido la operacion que se estaba practicando» (Laures, tés. cit., página 33). Este primer punto no admite duda, pues está rigorosamente comprobado por observaciones multiplicadas; y por otra parte es fácil de comprender, puesto que Jobert ha demostrado que no hay filamentos nerviosos en la parte del cuello uterino que sobresale en la vagina (Jobert, *Recherches sur la disposition des nerfs de l'uterus*, etc.; París, 1842).

»Nunca ha determinado la cauterizacion el menor accidente: no provoca dolores uterinos ni abdominales; tampoco se alteran la miccion ni la defecacion, ni esperimenta el pulso modificacion alguna (Laures, *loc. cit.*, p. 34; Bastien, tés. cit., p. 46).

»Engañado Jobert por las enfermas, ha hecho alguna vez la cauterizacion la víspera ó el dia mismo de la aparicion de la regla, y sin embargo esta no ha sufrido ningun trastorno. «He investigado con el mayor esmero la influencia de la cauterizacion en la vuelta periódica de la evacuacion menstrual y el aumento ó disminucion de la sangre exhalada, y nunca he notado que desordenase el movimiento fluxionario del útero. Por el contrario he visto que se regularizaba la funcion despues de varias cauterizaciones, y que concluia por restablecerse, aproximándose progresivamente al órden normal á medida que la afeccion que la habia perturbado caminaba á su curacion» (Laures, tés. cit., p. 35).

»Se ha hecho la cauterizacion en mujeres embarazadas desde el segundo hasta el quinto mes de la preñez, y no solo no ha provocado el aborto, sino que puede creerse que le ha evitado (V. Laures, tés. cit., p. 51, obs. 9.—Bastien, tés. cit., p. 46-50).

»Cuando se han hecho con el cauterio actual una ó mas escaras, mas ó menos estensas y profundas, en el cuello uterino, segun el volumen del órgano, la antigüedad del mal, y el grado de induracion, se observa lo siguiente:

»Durante los primeros veinticuatro dias que siguen á la operacion se aumenta el flujo que antes existia; el líquido exhalado puede no aparecer modificado en sus caractéres físicos; pero ordinariamente se hace mas espeso y verdoso, ó por el contrario mas fluido; algunas veces se mezcla con él cierta cantidad de sangre. La escara se desprende en general del cuarto al sétimo dia, y su separacion es tanto mas lenta, cuanto mas denso y resistente el tejido uterino. La caida de la escara deja descubierta una superficie roja, en la que se verifica una supuracion á veces bastante copiosa. Al cabo de algunos dias se empieza á desinfartar el órgano; disminuye de volumen y de consistencia, y al mismo tiempo se mejoran los síntomas locales y generales.

»Al cabo de mas ó menos tiempo empieza el trabajo de reparacion: se forma en la circunferencia el tejido de la cicatriz, que es blanducho y delgado, y se adelanta hácia el centro, ora de un modo progresivo y regular, ora enviando en diferentes direcciones unas líneas que dan á la cicatriz un aspecto estrellado, ora formando chapas aisladas al principio, y que luego se van reuniendo por la aproximacion de sus bordes (V. Laures, tés. cit., p. 34-36).

»Una sola cauterizacion basta á veces para conseguir una resolucion completa, y para di-

sipar todos los accidentes locales y generales; pero en algunos casos hay necesidad de aplicar el hierro candente dos, tres ó cuatro veces, con intervalos que en general varian entre dos y cuatro septenarios.

»Hemos visto obtener á Jobert, y nosotros mismos hemos obtenido, con la cauterizacion hecha con el hierro candente la curacion completa de infartos endurecidos y voluminosos, que se habian resistido muchos años á los tratamientos mas enérgicos.

»La cauterizacion se hace con el auxilio de un espéculum entero de marfil ó de estaño y de unas varillas metálicas calentadas hasta el *blanco*. Debe conducirse el cauterio atrevida y rápidamente al punto que se quiere someter á su accion, deteniéndole allí mas ó menos tiempo, segun la profundidad que nos propongamos dar á la escara» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, p. 368-378).

ARTICULO CUARTO.

Del catarro uterino.

»SINONIMIA.—*Catarro uterino*, *metritis catarral*, *leucorrea uterina*, *metritis crónica*.

»DEFINICION Y DIVISION.—La mayor parte de los autores que han escrito acerca de las enfermedades de la matriz nada dicen del catarro uterino; algunos han confundido su historia con la de la metritis crónica; otros le han considerado como una variedad de la metritis, describiéndole con el nombre de metritis catarral (Duparcque, *loc. cit.*, pág. 216) ó de metritis membranosa; por último, otros le han comprendido entre los flujos de diferente naturaleza, que se han reunido infundadamente bajo el nombre de leucorrea.

»Parécenos necesario sostener la individualidad del catarro uterino, y llamaremos asi *á todo flujo seroso, mucoso ó mucoso-purulento, abundante y persistente, que procede de la membrana mucosa intra-uterina*.

»Esta definicion separa muy bien el catarro uterino de los flujos que provienen de la vulva, de la uretra ó de la vagina, y de los que son producto de úlceras simples ó cancerosas de la matriz (V. CANCER, ULCERACIONES). Diciendo que el flujo ha de ser *abundante* y *persistente*, distinguimos el catarro uterino del ligero flujo que acompaña algunas veces á la metritis aguda parenquimatosa (V. METRITIS), y de la hipersecrecion poco considerable, momentánea y por decirlo asi fisiológica, que precede en ocasiones al establecimiento ó á la aparicion de los ménstruos, y que en otros casos se manifiesta bajo la influencia del orgasmo venéreo ó de una causa moral.

»De nuestra definicion resulta, que admitimos la naturaleza mucosa de la membrana intra-uterina, bajo cuyo punto de vista estamos en contradiccion con muchos anatómicos. Huguier asegura que la membrana que cubre la cavidad del útero propiamente dicha es una mucosa incompleta que no segrega moco, sino un líquido seroso. Segun este cirujano, solo es mucosa verdadera la de la cavidad del cuello, y esta es el asiento esclusivo del catarro uterino (*Gazette des hôpitaux*, p. 551; 1846). Mas adelante manifestaremos lo que hay de cierto en las aserciones de Huguier, si bien creemos que los trabajos de Jobert (*Rech. sur la estructure de l'uterus*, en *Journ. de chirurgie*, t. II, pág. 198; 1844) han asentado definitivamente la opinion adoptada por nosotros, y de la cual son tambien Cruveilhier, Robert, Chassaignac, Gosselin, etc.

El catarro uterino es *simpático* ó *sintomático*: en el primer caso no viene acompañado de lesion notable de estructura de la mucosa uterina; por el contrario, en el segundo depende constantemente de una alteracion de esta membrana.

»Esta division es tan importante, que exige dos descripciones completamente separadas.

»**1. Catarro uterino simpático. Uterorrea.**—La ANATOMIA PATOLÓGICA solo suministra resultados negativos; la mucosa uterina no presenta inyeccion ni engrosamiento; está lisa, igual, algunas veces un poco mas pálida que en el estado normal, y á no existir al propio tiempo alguna otra enfermedad uterina, el tejido de la matriz se halla sano, sin infarto, induracion ni congestion.

»SINTOMAS.—El flujo es abundante, seroso, líquido y sin color; no deja mas señal en las ropas, que la que resultaria de una cantidad considerable de agua que fluyera de las partes genitales; tampoco es continuo, sino que alternativamente se le ve cesar y aparecer de pronto sin ninguna causa apreciable; á veces le provocan el cansancio, el ejercicio demasiado prolongado, la estacion vertical, las influencias morales y el coito.

»La enferma no siente ni dolor, ni calor, ni peso. Por medio del tacto ó aplicando el espéculum se encuentran las partes en el estado natural; no se advierte ninguna modificacion de la temperatura ni de la sensibilidad; el cuello uterino no está hipertrofiado, ni su mucosa roja ni ulcerada, sino por el contrario pálida muchas veces.

»La menstruacion es en ocasiones irregular, dolorosa, está disminuida ó aumentada; pero estas alteraciones funcionales deben referirse al estado morboso de que es síntoma el flujo uterino: lo mismo decimos de los abortos á que estan sujetas las mujeres afectadas de uterorrea.

»Las funciones digestivas casi siempre se verifican mal; las digestiones son penosas, dolorosas, y se observa estreñimiento y algunas veces vómitos. Estos desórdenes pueden ser consecutivos al catarro uterino y producidos por él (V. *catarro sintomático*); pero ordinariamente son anteriores ó simultáneos, y deben referirse á la causa patológica que ha dado lugar á la leucorrea uterina. Lo mismo sucede con las pal-

pitaciones, la cefalalgia y el quebantamiento que frecuentemente se manifiestan.

»El CURSO, la DURACION y la TERMINACION dependen enteramente de la naturaleza de la enfermedad de que procede el flujo y del tratamiento que se pone en práctica.

»El DIAGNÓSTICO es fácil, y sin embargo todos los dias ocurren equivocaciones acerca del origen del flujo y del tratamiento.

»El exámen de la vulva, de la uretra, de la vagina y del hocico de tenca, manifiestan que el líquido leucorréico proviene de la cavidad del útero; la naturaleza serosa de este líquido, su abundancia, su aparicion irregular é intermitente, la falta de dolores locales, de calor y de peso, los resultados negativos que dan el tacto y el espéculum, prueban que la matriz no ha sufrido ninguna alteracion notable en su tejido. Los trastornos generales ó nerviosos que existen constantemente, y que casi siempre han precedido al flujo son una prueba mas de que este es simpático.

»CAUSAS.—La uterorrea se manifiesta principalmente en las mujeres nerviosas, débiles, cloróticas, debilitadas por enfermedades, la miseria, los trabajos escesivos, ó por una alimentacion insuficiente; en aquellas cuyo sistema nervioso ha sufrido grandes conmociones de resultas de afecciones morales ó disgustos de mucha duracion. A veces acompaña el flujo á las neurosis, á las neuralgias, á las visceralgias y especialmente á la gastralgia, y puede reconocer por causa la neuralgia del útero, en cuyo caso es mas bien idiopático que simpático.

»TRATAMIENTO.—La terapéutica debe dirigirse principalmente contra la causa patológica del flujo; los medios locales á que con demasiada frecuencia se ha recurrido, para combatir el catarro considerado en sí mismo, son casi siempre ineficaces ó insuficientes.

»Cuando el flujo depende de la clorosis, del empobrecimiento de la sangre ó la debilidad del sistema nervioso, se le hará desaparecer modificando el estado general por medio de las preparaciones ferruginosas, de los tónicos, de alimentos reparadores y de un ejercicio moderado, etc. Si el catarro acompaña á una neuralgia, á una neurosis ó á una visceralgia, hay que curar la afeccion nerviosa, si se quiere agotar el flujo uterino.

»Se ha recomendado la administracion del bálsamo de copaiva y de la trementina; pero estas sustancias no tienen ninguna eficacia. Los purgantes son á veces útiles como derivativos. Puédese tambien acudir á las inyecciones astringentes, á las aplicaciones frias, aunque estos medios no son mas que auxiliares y en verdad muy poco fieles.

»B. **Catarro uterino sintomático. Metritis catarral.**—La metritis catarral es *aguda* ó *crónica*. Estas dos formas necesitan describirse separadamente.

»1.° **Metritis catarral aguda.**—La anatomia patológica solo se funda en las inducciones que suministra la analogia. Si la enfermedad terminase en la muerte, se encontrarian probablemente todas las lesiones que caracterizan la inflamacion aguda de las membranas mucosas.

»SÍNTOMAS.—El flujo es poco abundante, mucoso ó mucoso-purulento, y consiste en un líquido espeso, opaco, amarillento ó verdoso, que algunas veces está ligeramente teñido con sangre. «La materia del flujo no sale siempre del útero á medida que se segrega, sino que á veces se detiene en su cavidad formando colecciones mas ó menos considerables, lo cual debe atribuirse á la existencia de algun obstáculo en los orificios uterinos, que pueden encontrarse pegados ú obstruidos por una materia viscosa y tenaz, ó tapados por el contacto de la pared anterior de la vagina cuando hay anteversion. Entonces viene precedida la espulsion del líquido de cólicos ó pujos uterinos, procedentes de las contracciones de la matriz dilatada que trata de arrojar este producto acumulado, el cual sale de pronto formando masas mas ó menos considerables» (Duparcque, *loc. cit.*, p. 219).

»La enferma tiene dolores análogos á los de la metritis parenquimatosa aguda, aunque mas profundos, mas sordos, menos agudos y no tan intensos; no esceden ordinariamente de la region hipogástrica, y se aumentan poco por la presion del abdomen. Siéntese calor, escozor en la vagina y sensacion de peso en el periné.

»Reconócese por el tacto, que el cuello uterino está hinchado alrededor de su orificio, el cual se encuentra ligeramente dilatado y con mayor temperatura y sensibilidad. «Por medio del espéculum, dice Duparcque, se ve que el cuello está rojo, algunas veces como corroido alrededor del orificio y hasta en su cavidad. La membrana que le cubre aparece lisa y tensa, y fluye de ella una materia mucosa ó puriforme, que se obtiene con mas abundancia apretando la matriz con el instrumento ó comprimiéndola entre este y una mano puesta en el hipogastrio.

»Algunas veces hay fiebre, aunque ligera, y no se observan vómitos, ni ganas frecuentes de orinar, ni ninguno de los síntomas que acompañan á la metritis parenquimatosa y que indican que la lesion se ha estendido al peritóneo.

»El CURSO es rápido, continuo y regular; la DURACION apenas escede de dos septenarios, y la TERMINACION mas ordinaria es la resolucion. No obstante á veces pasa la enfermedad al estado crónico.

»DIAGNÓSTICO.—La metritis catarral aguda no puede confundirse con la metritis parenquimatosa; no obstante, diremos que en esta no es el flujo tan abundante, los dolores son mas vivos, se estienden mas y se exasperan por la presion; y la fiebre y los fenómenos de reaccion ofrecen mucho mayor intensidad.

»El PRONÓSTICO nunca es grave.

»CAUSAS.—La impresion del frio estando sudando, la inmersion de los pies en agua fria,

la repentina supresion de las reglas; los escesos en el coito, la masturbacion, el escesivo tamaño del miembro viril, los cuerpos estraños en la vagina, las inyecciones irritantes, el abuso de los emenagogos, pueden producir la metritis catarral aguda; pero en el mayor número de casos es debida la enfermedad al desarrollo anterior de una vaginitis aguda, que por continuidad se ha propagado hasta la mucosa del útero: efectivamente casi siempre se hallan reunidas estas dos flegmasias.

»TRATAMIENTO.—Los baños generales tibios, las cataplasmas en la region hipogástrica, las inyecciones calientes, las sanguijuelas en el hipogastrio, en el periné y en la parte interna y superior de los muslos, y los purgantes suaves, tales son los medios que componen el tratamiento de la metritis catarral aguda. «En todos los casos, dice Duparcque, debe cuidarse de no insistir demasiado tiempo en el tratamiento antiflogístico y en los medios debilitantes que le componen, para no favorecer el paso del estado agudo al crónico, cuya curacion es mas difícil de obtener.»

»2.° **Metritis catarral crónica.**—ANATOMIA PATOLÓGICA.—La mucosa presenta constantemente alteraciones, que varian segun el grado y la antigüedad de la dolencia. En los casos menos graves está inyectada en varios sitios y ha perdido su brillo y trasparencia; su superficie aparece rugosa, desigual y cubierta de granulaciones, análogas á las que se observan en el hocico de tenca, y que se han descrito con el nombre de metritis granulosa (Jobert, Velpeau). En un grado mas adelantado está la mucosa engrosada y opaca. Ricord la ha visto cubierta en una porcion mas ó menos considerable de su estension de una seudo-membrana adherente, análoga á la puogénica que cubre la cavidad de ciertos abscesos.

»Estas alteraciones rara vez se manifiestan en la cavidad uterina propiamente dicha, y casi constantemente no pasan de la mucosa de la cavidad del cuello; Huguier (*loc. cit.*) y Chayet, que han examinado anatómicamente el útero de muchas mujeres que habian padecido catarros uterinos, nunca las han visto esceder de estos límites (Chayet, *Des engorgements, des ulcerations du col de la matrice et du catharre uterin*, tés. de Paris, n.° 3, p. 11, 1845); Ricord nos ha dicho haber comprobado el mismo hecho.

»A estas lesiones de la membrana interna del útero se agregan casi constantemente una inflamacion crónica de la mucosa que cubre el hocico de tenca, úlceras alrededor del orificio del cuello, y un infarto mas ó menos considerable y estenso del órgano. El infarto es ordinariamente anterior al catarro; y las úlceras por el contrario son á menudo consecutivas.

»SÍNTOMAS.—Al principio el líquido segregado hace hebra, es viscoso, albuminoso, trasparente en ciertos puntos, opaco en otros; al cabo de algun tiempo se vuelve menos denso, mas fluido, completamente opaco, blanco, amarillento o verdoso, y cuando la enfermedad ha llegado á su mas alto grado, se parece por su consistencia y color al pus de un absceso frio. Este líquido fluye algunas veces de un modo casi continuo; otras se acumula en la parte superior de la vagina y no atraviesa su orificio sino en ciertos momentos, en el acto de orinar ú obrar, cuando se levanta, se baja, ó hace cualquier movimiento la enferma, durante el coito, etc. Las sábanas y la parte posterior de la camisa de la paciente, ofrecen unos manchones de color blanco amarillento, con una rigidez análoga á la de las manchas espermáticas.

»En ocasiones hay calor y escozor en la vagina y en la vulva, y dolores sordos é irregulares, que se exasperan á veces momentáneamente por cualquier causa escitante. Si el catarro viene acompañado de infarto ó ulceras, se observan todos los síntomas propios de estas lesiones.

»Si se esploran las partes genitales, se encuentra á menudo el vello que cubre los grandes labios, aglutinado por la materia del flujo que baña toda la vulva. La mucosa vulvaria está frecuentemente irritada por el contacto de la materia que proviene del útero, y lo mismo sucede á la piel de los grandes lábios, del periné, del intervalo de las nalgas y de la parte superior é interna de los muslos, que suele aparecer roja, caliente y escoriada.

»El tacto no suministra indicaciones esactas respecto del flujo; pero determina á veces la salida de una cantidad mas ó menos considerable de mucosidad, y permite reconocer si está infartado el cuello.

»Introduciendo el espéculum se encuentra la mucosa de la vagina sana ó ligeramente inflamada por el contacto del líquido uterino; la irritacion ocupa principalmente la pared posterior del conducto útero-vulvario. Cuando la materia del flujo es aun espesa y como albuminosa, se percibe una especie de viscosidad, que saliendo del orificio uterino, corre por el labio posterior del hocico de tenca, y se adhiere á menudo á él tan íntimamente, que no se la puede quitar con la esponja ni con el pincel de hilas que sirven para la esploracion, hasta despues de haberla coagulado con un cáustico. Cuando el flujo es ya puriforme, el orificio del cuello está ordinariamente libre; pero comprimiendo el órgano entre las válvulas del instrumento ó entre este y la mano puesta en el hipogástrio, se hace salir la materia del flujo de la cavidad uterina.

»La enfermedad es siempre apirética. Si el flujo es reciente ó poco abundante, no altera la salud general, y esta es la razon de que algunas mujeres tengan mucho tiempo un catarro uterino crónico, sin decírselo al médico y sin que este pueda adivinar que existe. Al cabo de cierto período, de muchos meses y aun años, segun la abundancia del flujo, se

presentan todos los accidentes que acompañan á los flujos mucosos exagerados, como son: «languidez general, palidez, lentitud de los movimientos, pereza de todas las funciones é infiltraciones celulares, que producen abotagamiento y palidez de la cara, é hinchazon de los miembros inferiores y del vientre. Sobrevienen desfallecimientos y tiranteces del estómago, manifestaciones desordenadas de la necesidad de reparar las pérdidas, que obligan á tomar alimentos, viniendo estos con frecuencia á determinar gastritis y gastralgias, por su abundancia relativa al estado de endeblez de las funciones digestivas, ó por sus cualidades irritantes que los hacen agradables al paladar de las enfermas» (Duparcque, *loc. cit.*, p. 221). A este cuadro debemos añadir el estreñimiento, la cefalalgia, el enflaquecimiento, los desarreglos de la menstruacion, las palpitaciones, etc.

»Curso, duracion, terminaciones.—La enfermedad tiene un curso lento, pero regularmente progresivo; puede prolongarse años enteros si se abandona á sí misma, y á menudo se resiste á las medicaciones mas racionales; pero sin embargo, combatiéndola en su orígen cede con bastante facilidad.

»Una preñez, seguida de un parto bien dirigido, disipa á veces el catarro uterino crónico; pero este se convierte á menudo en causa de esterilidad ó de aborto. Es preciso, pues, no contar con los esfuerzos curativos de la naturaleza, sino acudir prontamente á los socorros del arte.

»Diagnóstico.—El flujo es siempre fácil de conocer; pero se necesita á veces fijar la atencion, para determinar con certidumbre su orígen. Si las mucosas vulvaria, uretral y vaginal estan sanas, el diagnóstico no presenta dificultades, y el espéculum hace desaparecer todas las dudas, puesto que manifiesta de dónde proviene la materia segregada. Pero si alguna de estas membranas está inflamada, no hemos de inferir de aqui que es el orígen único del flujo y dejar el examen incompleto; porque semejante inflamacion puede ser consecutiva y producida por el contacto de la materia que proviene de la matriz; asi como puede la vaginitis ser primitiva y haberse estendido despues por continuidad hasta la cavidad uterina: la aplicacion del espéculum es siempre indispensable. Muchas veces no se puede reconocer si la flegmasia ha empezado por el útero ó por la vagina; pero esta averiguacion no tiene importancia alguna para el tratamiento.

»Causas.—La metritis catarral crónica puede suceder á la aguda; pero tambien suele ser primitiva, y manifestarse bajo la influencia menos activa, pero mas prolongada ó mas repetida, de las causas que hemos señalado para la forma aguda. En algunos casos viene acompañada de infarto y de dislocacion de la matriz, y muy á menudo es consecutiva á las úlceras del hocico de tenca ó á una vaginitis, que se ha propagado hasta la mucosa uterina.

»Chayet cree que la metritis catarral aguda es mas frecuente en las mujeres jóvenes y que no se han entregado á las relaciones sexuales; al paso que la forma crónica se manifiesta mas á menudo en las mujeres colocadas en circunstancias opuestas (tés. cit., p. 14).

»Tratamiento.—Algunos autores colocan en primera línea el tratamiento general por los tónicos (Chayet, tés. cit., p. 22-23); lo cual es un error grave. Esta medicacion, indicada casi siempre cuando el catarro uterino es simpático, no ejerce en el caso actual ninguna accion favorable sobre el flujo; antes al contrario, si escede de ciertos límites, propende á hacerle pasar al estado agudo. Los tónicos solo son útiles en esta forma para combatir los accidentes generales producidos por el flujo demasiado abundante, y su administracion exige muchas precauciones.

»La metritis catarral crónica apenas puede curarse por otros medios que por un tratamiento local.

»Cuando la enfermedad no es antigua, ni la mucosa uterina se halla atacada profundamente, se obtendrá casi siempre la curacion por medio de la medicacion revulsiva. Se recurrirá, no habiendo contraindicacion que lo impida, á los purgantes suaves, continuados por algun tiempo, á los vejigatorios volantes aplicados á los muslos y alrededor de la pelvis. Duparcque se ha visto precisado á echar mano de la aplicacion de un cauterio á la pierna. Este médico recomienda los baños sulfurosos, que tambien á nosotros nos han producido buenos efectos.

»Cuando la enfermedad es antigua, la mucosa uterina suele estar granulosa, engrosada, cubierta de una seudo-membrana, y entonces es indispensable obrar directamente sobre ella y modificar su vitalidad. Para conseguir este objeto son completamente insuficientes las inyecciones vaginales, siendo preciso conducir el cáustico hasta la misma membrana uterina.

»Hemos dicho que las lesiones de la mucosa no pasan por lo comun mas allá de la cavidad del cuello; de donde resulta que casi siempre bastará introducir en ella por medio del espéculum, ya un magdaleon de nitrato de plata (Ricord, Gibert) ó de sulfato de cobre, ya el porta-cáusticos de Chayet (V. tés. cit., p. 22), ya un pincel ó una esponja empapados en el nitrato ácido de mercurio.

»No siempre son eficaces estos medios; en cuyo caso se ha supuesto que la lesion ocupaba la cavidad uterina propiamente dicha, y se ha aconsejado recurrir á las inyecciones intra-uterinas.

»Esta última medicacion ha suscitado una viva polémica, que no intentamos reproducir. Bástenos decir que las inyecciones intra-uterinas, propuestas por Melier (mem. cit., p. 348), é indicadas por Duparcque (ob. cit., p. 115), se han recomendado y practicado últimamente por Vidal de Casis, quien manifiesta haber obtenido con ellas muy buenos efectos, sin haber ob-

servado jamás accidentes desagradables (*Essai sur un traitement methodique de quelques maladies de la matrice*, en 8.º; Paris, 1840; *Letres sur l'emploi des inyections intra-uterines*, en *Gaz. méd.*, p. 632). Hourmann por el contrario, fundándose en sus esperimentos, en los de Danyau, Nélaton, y en los hechos observados por Bretonneau, Tounelle y Robert, proscribe este medio, considerándole muy peligroso, en razon de que el liquido inyectado puede penetrar muy fácilmente, ya en las venas uterinas, ya por las trompas en la cavidad del peritóneo (*Note sur le danger des injections faites dans l'uterus*, en *Journ. des connaissances medico-chirurg.*, t. VIII, pág. 22, número de julio, 1840; *Expériences nouvelles sur l'injection de l'uterus*; ibid., p. 139).

»A las objeciones de Hourmann contesta Vidal, que la penetracion en el peritóneo y en las venas no se ha verificado nunca, cuando se ha empujado el liquido con poca fuerza, en corta cantidad cada vez, y de modo que pueda refluir facilmente á la vagina, pasando entre la cánula y las paredes del cuello uterino; á lo que ha replicado Hourmann, apoyándose en hechos, que no bastan las mayores precauciones para evitar constantemente los graves peligros de que se trata.

»No podemos decidirnos en esta importante cuestion, porque carecemos de esperiencia personal. Solamente observaremos que Hourmann se apoya principalmente en esperimentos hechos en el cadaver, y que siempre subsiste el hecho de haber ejecutado Vidal, Melier, Jacquemin y Teallier muchas inyecciones uterinas en la mujer viva, sin haber tenido que arrepentirse nunca.

»Sin embargo, pueden hacerse otras objeciones á las inyecciones uterinas. Aunque no penetren en el peritóneo, dan á veces lugar á dolores muy agudos, á convulsiones y accesos de histerismo; y empujando el liquido con poca fuerza, es facil que no llegue á la cavidad uterina. Tal vez sea esta la causa de que con mucha frecuencia no produzca resultado alguno la medicacion que nos ocupa. (Duparcque, *Note sur les injections intra-uterines*, en *Gaz. médicale*, pág. 597; 1840; Guillemin, *Lettre sur les injections intra-uterines*, ibidem, página 681)

»En resumen, aun no está definitivamente comprobada la inocuidad de las inyecciones, y á nuestro parecer tampoco está demostrado que sean mas eficaces que la cauterizacion del cuello de la matriz.

»El líquido de que se vale Vidal es un cocimiento concentrado de hojas de nogal, ó una disolucion iódica (R. agua una onza, ioduro de potasio y iodo ãã. un grano).

»No hablaremos de un nuevo método de tratamiento, puesto en uso por Recamier y Robert, y que consiste en raspar la mucosa uterina con un peine metálico poco cortante, pues carecemos de datos para dar nuestra opinion (V. *Annales de thérapéutique*, p. 182, núm. de agosto, 1846).

»Por nuestra parte preferimos á todas estas medicaciones la que consiste en cauterizar directamente la cavidad uterina, como se hace con la del cuello: hemos recurrido muy á menudo á este medio desde hace muchos años, y siempre ha probado bien, sin dar lugar al menor accidente. La misma práctica hemos visto usar á Emery y á Jobert, y tambien la recomienda Velpeau (V. ULCERACIONES)» (MONNERET Y FLEURY, *Compendium*, etc., t. VIII, p. 355-360).

ARTICULO QUINTO.

De la inflamacion de la matriz.

»SINONIMIA.—*Inflammatio uteri*, de Sennerto; *inflammatio uterina*, de Hoffmann; *histeritis*, de Vogel, Cullen, Darwin y Swediaur; *metritis*, de Sauvages y Sagar; *cauma hysteritis*, de Young; *empresma hysteritis*, de Good.

DIVISION.—Segun el curso mas ó menos rápido, y la mayor ó menor estension de los fenómenos que la caracterizan, se ha dividido la metritis en *aguda* ó *crónica*; por su asiento y estension, en *general* y *parcial* (metritis del cuerpo del útero, del cuello, etc.); por las circunstancias que presiden á su desarrollo, en *idiopática*, *traumática* y *puerperal* (metritis tifohémica, de Piorry), y por sus caractéres anatómicos en *simple*, *flebo-metritis*, *angio-linfometritis* y *metro-peritonitis*.

»No todas estas distinciones tienen igual valor. Con el nombre de *metritis del cuello* se describen generalmente las úlceras del hocico de tenca; pero como estas no siempre son idénticas ni proceden de una inflamacion franca, importando mucho distinguirlas entre sí, las estudiaremos en un artículo especial, donde incluiremos las úlceras inflamatorias simples del cuello uterino.

»Al tratar de las *complicaciones* haremos mencion de la flebitis y linfangitis uterinas, como tambien de la metro-peritonitis.

»La metritis *traumática* corresponde á la cirujia, y la *puerperal* la describiremos como una *variedad*, porque ofrece caractéres especiales en sus causas, curso, terminaciones, etc.

»Facil es conocer cuál será la division de nuestro trabajo.

Metritis aguda.

»ALTERACIONES ANATÓMICAS.—La metritis espontánea es bastante rara. «En el estado de vacuidad, dice con razon Duges, se halla la matriz poco dispuesta á las flegmasias, y en todo caso no acostumbra padecer afecciones activas ni agudas, sino mas bien lesiones crónicas y degeneraciones» (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. METRITIS, t. XI, p. 490). La descripcion anatómico-patológica que vamos á

razar pertenece casi esclusivamente á la metritis traumática ó á la puerperal; pero como en último resultado se encuentran en ella los caractéres de la inflamacion aguda del tejido uterino, creemos que hecha esta salvedad se hallará aqui oportunamente colocada.

»El volumen del órgano está ordinariamente aumentado, siendo una, dos ó tres veces mayor que en el estado de vacuidad.

»El tejido uterino se presenta rojo, ora denso y de una consistencia como lardácea, ora, y es lo mas frecuente, de un rojo negruzco, ingurgitado de sangre y reblandecido. El reblandecimiento, que es general ó parcial, ofrece diversos grados, pudiendo ser estremado, en cuyo caso se halla convertido el tejido de la matriz en una especie de papilla, que conserva todavia la forma del órgano, pero que se deshace á la mas ligera presion (Roberto Lee, *Researches on the most important diseases of women:* London, 1833, p. 42).

»El pus puede presentarse bajo muchos aspectos (*metritis flegmonosa*, *purulenta*, *suppuratio uteri*, *metrohelcosis*): ora se halla infiltrado y solo se reconoce su presencia comprimiendo fuertemente el tejido entre los dedos, en cuyo caso sale en forma de gotitas mas ó menos numerosas, ó de una resudacion parduzca poco abundante; y ora está visible entre las fibras musculares de la matriz, las cuales aparecen pálidas, separadas y como disecadas, pareciendo haber sufrido una especie de maceracion. Entonces fluye el pus libremente en cuanto se hace una incision en el órgano inflamado, y ocupa, segun Lisfranc, un espacio mayor que el mismo tejido uterino (*Clin. chirurgicale de l'hôpital de la Pitié;* Paris, 1842, t. II, p. 615).

»Otras veces se halla reunido en focos, y se encuentran uno ó muchos abscesos en el espesor de las paredes del órgano. Estas colecciones purulentas estan por lo comun diseminadas en la matriz, cuyo tejido presenta alteraciones mas ó menos graves, aunque en ciertos casos se hallan separadas entre sí por porciones enteramente sanas, y resultan evidentemente de flemones aislados. Asi á lo menos lo asegura Lisfranc (*loc. cit.*, p. 615), si bien creemos que semejante asercion ha de admitirse con alguna reserva. Muchas veces se han tomado por abscesos de las paredes uterinas colecciones purulentas contenidas en las venas ó en los vasos linfáticos del útero; y sin pretender que la supuracion de la matriz sea tan rara como quiere Wenzel (*Ueber die krankheiten des uterus*, p. 52), estamos persuadidos de que han sido muy frecuentes los errores de esta naturaleza.

»El volumen de los abscesos uterinos varia comunmente entre el de un guisante y el de una nuez pequeña, de cuyas dimensiones esceden rara vez. No obstante, Lisfranc ha visto dos que tenian el de medio puño (*loc. cit.*, p. 614). El número de colecciones purulentas está generalmente en razon inversa de su volumen.

»En algunos casos, aunque no haya vestigio de flegmasia peritoneal, se halla pus reunido entre la superficie del útero y el peritóneo que lo cubre. La hoja serosa está desprendida en mayor ó menor estension, y el pus acumulado por debajo de ella.

»El tejido uterino puede estar gangrenado, existiendo, ora únicamente escaras mas ó menos estensas y perfectamente limitadas, y ora una mortificacion general de toda la matriz, cuyo tejido está blando, friable y verdoso, exhalando el olor característico de la gangrena.

»Las lesiones que acabamos de enumerar pueden limitarse esactamente á la matriz; en apoyo de lo cual refiere Roberto Lee (ob. cit.) varios ejemplos bastante notables; pero muchas veces se propaga á las dependencias del útero (ovarios, trompas, ligamentos redondos), y sobre todo á los ligamentos anchos, que ofrecen entonces las mismas alteraciones que el tejido uterino.

»No siempre son tan marcadas las lesiones que caracterizan la metritis aguda, pues á veces solo se observa una ligera tumefaccion del órgano y un reblandecimiento poco considerable (metritis sub-aguda).

»La inflamacion del tejido propio de la matriz se acompaña á menudo de otras lesiones que describiremos mas adelante (V. COMPLICACIONES).

»SÍNTOMAS.—La metritis se anuncia algunas veces por prodromos: sienten las enfermas escalofrios, cefalalgia; tienen fiebre, náuseas, congojas, agitacion y ansiedad. Segun Naumann (*Handbuch der medicinischen klinik*, tomo X, p. 6), esperimentan durante el escalofrio una sensacion muy desagradable de frialdad en el hipogastrio, y sienten hácia el útero una especie de hormigueo, acompañado á veces de deleite. Muy luego toma la afeccion forma mas característica, y entonces aparecen los síntomas que vamos á estudiar en el orden que habitualmente seguimos.

»*Dolor.*—Se siente en la pequeña pelvis un calor mas ó menos vivo, seguido bien pronto de un dolor sordo al principio, mas bien molesto que penoso, pero que agravándose con rapidez no tarda en hacerse bastante intenso para fatigar mucho á las enfermas. Empieza en la parte media de la escavacion pelviana, detras del pubis, y se propaga á las ingles y la region lumbar, irradiándose al periné, la vulva, la region anterior de los muslos, é invadiendo en ciertos casos los miembros pelvianos en toda su estension. A veces es remitente; pero con mas frecuencia contínuo, y puede hacerse bastante violento para arrancar á las enfermas continuos quejidos; se exaspera con el movimiento mas ligero, y se aumenta su agudeza con la distension de las paredes abdominales, que en ocasiones participan de él. De aqui el decúbito dorsal, que se observa en las que padecen la enfermedad que nos ocupa, y esa flexion instintiva de los muslos, que deja en relajacion todos los músculos inmediatos al órgano afecto. A este

dolor se agrega una sensacion de peso hácia el centro de la pelvis, detras del pubis y en la parte inferior del sacro.

»El dolor se limita á veces á una corta estension, á un punto del órgano, y otras se estiende á todo el abdomen; pero asi en este caso como cuando es muy intenso, por lo comun existe una peritonitis. Los dolores se manifiestan á menudo por accesos, con intervalos mas ó menos largos y casi regulares; provocan esfuerzos de espulsion, y son enteramente iguales á los del parto. Los escitan ó exasperan las inspiraciones largas, la tos y los esfuerzos para orinar y defecar.

»Las enfermas sienten en los pechos dolores simpáticos, sobre cuya frecuencia no estan de acuerdo los autores. Capuron (*Traité des maladies des femmes en couches*, p. 131), Nauche (*Maladies propres aux femmes*, t. I, pág. 316; París, 1829) y Lisfranc (*loc. cit.*, p. 612) aseguran haberlos observado muy á menudo, pero mas especialmente en la metritis puerperal. Raimann (*Handbuch der spc. pathologie, und therapie*, t. I, pág. 433) dice que existen casi siempre.

»*Esploracion abdominal.*—Para exasperar el dolor es preciso comunmente hacer una presion profunda y bastante fuerte en la region hipogástrica, aunque en ciertos casos basta el contacto mas ligero. Esta sensibilidad es en ocasiones igual en todo el vientre, y otras mas notable en la parte inferior ó media ó en una ú otra region lateral. Cuando es muy estensa ó muy exagerada, debe atribuirse comunmente á la coexistencia de una peritonitis. Segun Behrends y Reinhard, cuando el dolor es muy vivo al nivel de los orificios inguinales, indica que la inflamacion ha invadido los ligamentos redondos.

»Las paredes abdominales estan calientes, y cuando no se hallan distendidas por un meteorismo considerable, producido comunmente por una peritonitis, y se consigue deprimirlas, se encuentra al nivel del estrecho superior un cuerpo redondo ó piriforme, mas ó menos voluminoso, sobre el cual no pueden apoyarse los dedos sin producir una angustia bastante considerable.

»Cuando el tumor anormal formado por la matriz inflamada es sobre todo apreciable por la palpacion del abdomen, puede deducirse que la flegmasia ocupa el fondo del órgano.

»Si el volumen de la matriz se halla muy aumentado, se perciben, segun Behrends, aplicando la mano sobre el vientre, pulsaciones enérgicas, que deben atribuirse al obstáculo que opone el tumor á la circulacion aórtica (Naumann, *loc. cit.*, p. 9).

»*Esploracion vaginal y rectal.*—Introduciendo el dedo en la vagina, se encuentra aumentada la temperatura de este conducto y algunas veces su sensibilidad. El cuello uterino está caliente, hinchado, blando ó duro y muy sensible; examinado con el espéculum, presenta un color rojo mas ó menos oscuro; la membrana mucosa que lo reviste se halla tensa, lisa, facil de desgarrar, y el orificio duro, contraido, ó bien por el contrario blando y entreabierto. Estos diversos síntomas son especialmente muy marcados, cuando la inflamacion ocupa el cuello uterino ó al menos la parte inferior del cuerpo; pero en circunstancias opuestas solo se obtiene un resultado completamente negativo por la esploracion vaginal.

»Cuando el tacto vaginal es muy doloroso, debe renunciarse al espéculum; pues la introduccion de este instrumento, dice Lisfranc, podria agravar mucho la flegmasia, y hacer que se propagase al peritóneo.

»Es útil llevar profundamente el dedo al fondo de la vagina, pasándolo por todos los puntos accesibles del cuerpo del útero, para apreciar el volumen y la sensibilidad de este órgano.

»Muchas veces se halla el útero desviado, sobre todo cuando la tumefaccion es mas considerable en un lado que en otro. Entonces está inclinado el cuerpo del órgano hácia el lado del tumor y el cuello al opuesto. En los casos de este género la presion que ejerce el cuerpo de la matriz, produce en el miembro correspondiente á la desviacion un entorpecimiento muy incómodo y aun dolores agudos en el muslo, la pierna y sobre todo la íngle. La presion es en ocasiones bastante fuerte para dificultar la circulacion y ocasionar un edema en el miembro. El tacto rectal puede ilustrarnos sobre el volumen, sensibilidad y situacion del útero, y el estado de los ligamentos anchos.

»*Funciones uterinas.*—Cuando sobreviene la época menstrual estando ya inflamada la matriz, deja por lo comun de efectuarse el flujo sanguíneo, siendo remplazado por uno rojizo y sanioso. La salida intermitente de este liquido va muchas veces precedida de dolores lancinantes, que se sienten en el hipogastrio y en la region sacra. Si el útero se inflama durante las reglas, estas se suprimen por lo comun. Ultimamente, cuando la metritis se desarrolla en el intervalo de los ménstruos, fluye algunas veces un líquido sero-sanguinolento, cuya secrecion se verifica en la cavidad del útero y en ciertos casos en la vagina. Diremos como de paso, que cuando el útero se inflama en una época cualquiera de la gestacion, sobreviene inmediatamente el aborto, en cuanto adquiere la flegmasia cierto grado de intension.

»*Circulacion.*—Cuando la inflamacion es ligera ó solo ocupa una parte del órgano, la fiebre es comunmente poco intensa ó nula; pero en las circunstancias opuestas el pulso es duro, lleno y frecuente, pudiendo latir hasta 100 ó 120 veces por minuto. Si en el curso de una metritis se hace pequeño, débil, concentrado é intermitente, es preciso averiguar con cuidado si depende esta modificacion del curso progresivo de la metritis, ó del desarrollo de una peritonitis.

»*Digestion.* — La lengua está muchas veces

natural; otras roja, seca ó negruzca, y la sed es viva. Behrends y Naumann indican el vómito como un síntoma casi constante de la metritis; pero sin negar que ocurra con frecuencia, creemos que estos autores no han tenido bastante en cuenta la influencia que ejerce sobre él la peritonitis, que tan á menudo complica la inflamacion de la matriz. Las enfermas tienen frecuentemente náuseas y conatos al vómito; en ocasiones presentan estreñimiento, y mas comunmente diarrea; hay casos en que se hallan atormentadas por una necesidad casi continua de defecar; pero sus esfuerzos son estériles y van acompañados de un tenesmo tan violento como el de la disenteria.

»*Secrecion urinaria.*—Ora se observa una incontinencia, ora una retencion mas ó menos completa de orina; esta se espele con dificultad y dolor; al principio es clara y diáfana; pero muy luego se hace rara, poniéndose espesa, roja, cargándose, segun Nauche, de los ácidos acetoso, rosácico y purpúrico (*loc. cit.*, p. 318). Su emision puede ir acompañada de un tenesmo vesical muy doloroso; pero dudamos con Lisfranc, si los espasmos de la vejiga y del recto pertenecerán esencialmente á la flegmasia uterina ó á una inflamacion del peritóneo que reviste á estos dos órganos.

»*Funciones de la inervacion.*—El sistema nervioso no está á veces alterado de modo alguno; pero otras por el contrario se observan fenómenos mas ó menos graves. Las enfermas se quejan de una violenta cefalalgia: *cephalœa ad oculorum basin et occiput extensa*, dice P. Frank; padecen aturdimientos, congojas, zumbido de oidos y fotofobia, y su piel está pálida y fria. Algunas caen en la desesperacion: se ponen tristes, lloran y temen una muerte próxima (Naumann, *loc. cit.*, p. 12); otras esperimentan hormigueo en los miembros y dolores en las falanges de los dedos (Moschion), saltos de tendones y aun ataques histeriformes (Boivin y Duges, *Traité pratique des maladies de l'uterus et de ses annexes*, t. II, pág. 155; Paris, 1833). No es raro en fin observar un delirio agitado, locuaz, ó un estado comatoso, del que no pueden salir las pacientes.

»Curso, duracion. — El curso de la metritis simple, como el de toda inflamacion franca, es continuo y regularmente progresivo: á veces hay ligeros recargos por las tardes. La duracion varia segun la intension de la flegmasia, la gravedad de sus complicaciones, las circunstancias en que se desarrolla, la tendencia que tiene á tal ó cual terminacion, etc. «La inflamacion parenquimatosa del útero, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 612), puede ocasionar la muerte en cuarenta y ocho ó sesenta y dos horas, en quince dias, en un mes ó mas tarde todavia: cuando ha de ser funesta la terminacion, se verifica comunmente en el primer septenario.»

»Terminaciones. — La metritis aguda puede terminar por resolucion, supuracion, gangrena, ó pasando al estado crónico: estudiaremos los signos que anuncian cada una de estas terminaciones.

»*Resolucion.*—Cuando el mal ha de terminar por resolucion, acontece esta por lo comun hácia fines del primero ó segundo septenario, y se anuncia por la disminucion gradual de todos los síntomas, y por el restablecimiento progresivo de todas las funciones. Se calman los dolores abdominal y vaginal; desaparece la tension de vientre, si la habia; se alargan los miembros; se endereza el tronco; sobreviene una ligera traspiracion; se eleva el pulso si estaba débil, y se hace blando si era duro; la respiracion se verifica con mas libertad; la lengua se pone rubicunda si estaba pálida, se humedece y se limpia si la cubria alguna capa fuliginosa. Las reglas, los escrementos y las orinas, recobran poco á poco su curso y aspecto normal; y por último, la matriz adquiere insensiblemente su volumen ordinario, y se restablecen todas las funciones.

»*Supuracion.*—Debe temerse en general esta terminacion, cuando la duracion de la metritis pasa de catorce ó quince dias, aunque tambien puede no sobrevenir hasta los veinte, veinticinco y aun mas. «Cuando debe terminar por supuracion, dice Merat (*Dict. des sc. méd.*, t. XXXIII, p. 277), se manifiestan síntomas bastante análogos á los de toda flegmasia interna que tiene tendencia á supurar; los accidentes inflamatorios, que habian llegado á su mayor grado de intension, se conservan todavia por algun tiempo en tal estado; el dolor persiste, aunque el pulso se ponga algo blando y propendan á restablecerse las deyecciones; la tension del hipogastrio no es tan notable; pero el vientre está siempre meteorizado y como pastoso; atormenta á las enfermas una especie de inquietud física y moral; esperimentan en la region pelviana un calor y un peso permanentes, y unas punzadas tanto mas agudas, cuanto mas tensas se hallan las paredes del punto donde se acumula el pus; los ojos estan abatidos, la cabeza pesada y como aturdida; se manifiestan escalofrios irregulares, que se repiten mas particularmente á la caida de la tarde, y sobrevienen de noche sudores que no alivian.» Segun F. Hoffmann, aparecen dolores en los pechos y en el sincipucio. «In abscessibus uteri mammæ plerumque simul sunt »affectæ sinciputque extraordinarie dolet.»

»El pus se reune en focos mas ó menos estensos, á cuya circunferencia se circunscribe el dolor; lo cual permite en algunos casos determinar la situacion del absceso. «El foco, dice Merat, solo ocupa comunmente un punto aislado de la matriz ó de sus dependencias. Un dolor fijo que corresponda al pubis, á la vejiga, y que se aumente al orinar, indica que el absceso se encuentra en la parte anterior del útero; si se refiere al recto, aumentándose durante los esfuerzos de defecar, es prueba que está en la posterior, y presumiremos que ocupa el fondo del órgano, cuando exista un dolor

pungitivo entre el ombligo y el pubis.» Los signos que indica este médico no tienen el valor que les da, y no debe creerse que sea siempre fácil, ni aun posible, no solo determinar el punto que ocupa el absceso, pero ni aun reconocer su existencia; pudiéndose cuando mas decir con Van Swieten: «Si dolor circa uterum maneat pertinax absque signis pessimis suppuratio uteri expectanda est »

»Se citan hechos que justifican al parecer la proposicion de Celio Aureliano: «Vomica ad matricem per muliebre veretrum excluditur», y prueban que los abscesos uterinos pueden abrirse en la cavidad del órgano, evacuándose el pus al esterior, y verificándose la curacion. Otras observaciones referidas por Whiting (*Froriep's Notizen*, t. XXV, p. 32) y Naumann (*Von den Krankheiten des Menschen*, t. I, p. 401; Berlin, 1836) demuestran que el pus se derrama algunas veces en la cavidad del vientre y produce una peritonitis rápidamente mortal.

»Segun varios autores puede el pus en ciertos casos abrirse un camino insólito por medio de adherencias, y derramarse en la vejiga, en el recto, ó salir al través de las paredes abdominales, etc. Benevoli considera como una terminacion de este género un absceso abierto en la region iliaca derecha *diez y seis meses* despues de una metritis puerperal; Smellie, otro que se abrió al nivel del ombligo; Mauriceau un enorme depósito que ocupaba ambas nalgas; La Motte un absceso de la íngle izquierda, y por último Hoffmann llega á decir, que el pus formado en las paredes de la matriz puede evacuarse por los riñones ó el pulmon; pero los hechos de este género deben mirarse con mucha desconfianza. «La densidad del tejido uterino, dice con razon Lisfranc, no permite que se acumule en él una gran cantidad de materia purulenta, y la anatomia patológica demuestra, que en los casos de que se trata se habia segregado el pus en una de las fosas iliacas internas, ó en algun otro punto del tejido celular de la pelvis» (obs. cit., p. 613). El pus evacuado por el recto proviene algunas veces de abscesos situados en los ligamentos anchos. Sin embargo, hay en la ciencia varios hechos auténticos y bien observados, que demuestran la posibilidad de semejante terminacion: Tonnelle ha visto dos abscesos del útero, que se abrieron uno en el recto y otro en la cavidad del peritóneo.

»Puede establecerse como regla general, que cuenta pocas escepciones, que cuando la metritis llega al período de supuracion, sobreviene muy luego la muerte y sin que el pus tenga tiempo de abrirse largos caminos.

»*Gangrena.*—Rara vez depende de la intensidad de la inflamacion; pues no sobreviene por lo comun sino en mujeres debilitadas por enfermedades anteriores, en ciertas circunstancias de acumulacion de enfermas, en casos de epidemia (*metritis puerperal*) y á consecuencia de violencias esteriores (*partos laboriosos*, *maniobras*, *aplicacion del forceps*, etc.). Esta terminacion, dice Murat (*loc. cit.*, p. 279), puede depender: 1.° de un esceso de inflamacion, y 2.° de un estado de debilidad considerable, determinado á veces por una complicacion adinámica ó atáxica. Asi es, continua este autor, que se manifiesta en ciertos casos la gangrena de la matriz en mujeres, que apenas han esperimentado calor ni fiebre, ni han sentido grandes dolores en la region hipogástrica.

»La gangrena puede sobrevenir del tercero al duodécimo dia de la invasion del mal, y cuando ocurre, que no es con frecuencia, se anuncia por la desaparicion súbita de los síntomas inflamatorios, insensibilidad completa de la matriz, depresion del vientre, pequeñez y concentracion del pulso, escalofrios y sudores frios que inundan el cuerpo, palidez del rostro, picor en las alas de la nariz, languidez de los ojos, congojas, hipo, vómitos, un frio glacial en las estremidades, y en fin por el olor característico de la gangrena, que exhalan las materias negruzcas espelidas por la vagina. Segun Behrends la orina, que hasta entonces era turbia, sedimentosa y roja, se vuelve clara, acuosa, y adquiere un tinte verdoso particular. Las enfermas sucumben en un estado comatoso veinticuatro ó veintiseis horas despues de desarrollada la gangrena.

»Horn ha demostrado que puede existir la gangrena del útero sin revelarse por ningun síntoma durante la vida (*Horn's Archiv.*, cuad. IV, 1834).

»Swett asegura, que todavia es posible la curacion despues de mortificada y espelida una porcion considerable de la matriz (*American Journal of med. sciences*, n.° de agosto, 1835).

»*Paso al estado crónico.*—Dicen los autores que, cuando despues del cuarto ó quinto septenario, no han hecho los síntomas mas que disminuir de violencia, sin cesar completamente, debe temerse que pase la enfermedad al estado crónico. Esta terminacion constituye entonces una forma nueva de metritis, que estudiaremos mas adelante.

»Puede resultar la muerte de la reaccion que produce el mal sobre el sistema nervioso, en cuyo caso no la esplican las lesiones que descubre la autopsia. «Uteri inflammatio, dice Van-»Swieten, gravior sæpe omnes functiones en-»cephali adeo turbat et opprimit, ut mors se-»quatur antequam varii inflammationis exitus »locum habere possint» (Van-Swieten, *Comment.*, t. IV, §. 1329).

»Convalecencia, recaidas, recidivas. — La convalecencia de la metritis aguda sigue un curso muy sencillo, y en general es muy corta: una vez disipados los síntomas y restablecidas las funciones del útero, es raro que sobrevengan recaidas, á menos que las convalecientes no cometan imprudencias en el régimen alimenticio ó en alguna otra parte de la higiene. En cuanto á las recidivas, serán tanto mas te-

mibles, cuanto mas escitable se haya hecho la matriz, en razon del número y la violencia de otras inflamaciones anteriores, del abuso habitual de los placeres venéreos, ó de la existencia de una afeccion crónica del órgano.

»Diagnóstico.—El diagnóstico de la metritis aguda es siempre fácil para un observador instruido; pero se necesita sin embargo examinar muy atentamente la enferma. En efecto, los dolores de esta afeccion podrian confundirse á primera vista con los que acompañan á la disuria menstrual ó á las dislocaciones del útero, cuando se presentan de un modo repentino é inesperado, y al trabajo del parto en las preñeces poco adelantadas; pero se evitará todo error teniendo en cuenta los caractéres siguientes:

»1.° *Disuria menstrual.*—Debe tenerse en consideracion en primer lugar la época en que sobrevienen los dolores, circunstancia que denota su verdadera naturaleza; en segundo, que son mas sordos que en la metritis aguda, mas parecidos á verdaderos cólicos, nunca van acompañados de fiebre propiamente dicha, ni reaccionan en general mas que sobre el sistema nervioso, y eso únicamente en las mujeres muy irritables; los órganos de la locomocion conservan casi toda la integridad de sus movimientos; la region hipogástrica y todas las partes del órgano donde pueda alcanzar el dedo, estan muy poco sensibles á la presion; y en fin, cuando empieza á verificarse el flujo sanguíneo, por lo comun recobran poco á poco todas las funciones su estado normal.

»2.° *Dislocacion del útero.*—Cuando no bastan para establecer el diagnóstico las circunstancias que han precedido á los dolores, el tacto vaginal disipará toda especie de duda. Efectivamente, en la metritis, las relaciones del útero con los órganos inmediatos se hallan poco alteradas, y aun ese poco solamente en los casos en que la inflamacion es intensa, parcial, y cuenta ya algun tiempo. En la retroversion, está el fondo del útero inclinado hácia la concavidad del sacro y el cuello al pubis, y en la anteversion se halla el fondo en la parte inferior de este hueso, y el cuello se dirige hácia el ángulo sacro vertebral; de modo que en el primer caso puede recorrerse toda la region anterior de la matriz, y la posterior en el segundo. En el descenso y prolapso se encuentra el cuello en la parte inferior del sacro, hácia la entrada de la vagina, y algunas veces entre los labios de la vulva; lo cual no sucede en la metritis. Ultimamente, por lo comun no tiene en el útero en ninguna dislocacion mayor sensibilidad que en su estado normal, y en cuanto se le reduce cesan como por encanto todos los dolores.

»3.° *Aborto.*—En este caso tienen los dolores un caracter tan particular, que no pueden confundirse con los de la metritis. Francamente intermitentes al principio, estan separados por intervalos mas ó menos largos, en que goza la enferma de una calma perfecta; empiezan en la parte media del hipogastrio ó del estrecho superior, y se dirigen hácia el sacro, terminando en el ano; ó bien nacen en la region lumbar concluyendo en el hipogastrio. Cuando el fondo del órgano escede el estrecho superior, se endurece notablemente durante los dolores. El cuello, aunque mas caliente que en el estado normal, está muy poco sensible á la presion; se halla ligeramente entreabierto, y presenta mayor dureza cuando existen los dolores que en sus intervalos. La fiebre es escasa ó nula. Por otra parte no podria durar mucho la incertidumbre; pues los fenómenos á que da lugar el aborto disiparian toda especie de duda.

»Para terminar lo relativo al diagnóstico de la metritis aguda, diremos que se han confundido algunas veces con ella la cistitis, la peritonitis y el histerismo; pero si es verdad que estas afecciones tienen algunos caractéres comunes; tambien lo es que se observan en cada una de ellas otros tan distintos y particulares, que procediendo con alguna atencion, nunca puede cometerse semejante error.

»Pronóstico.—«Cuando la inflamacion aguda de la matriz, dice Lisfranc, se desarrolla en una corta estension, fuera del tiempo del embarazo y del parto, comunmente no perece la mujer, y bastan algunas semanas para que se restablezca» (*loc. cit.*, p. 613).

»Sin embargo, el pronóstico varia segun muchas circunstancias, tales como: la edad, el estado anterior, la estension y grado de la flegmasia, sus causas, el curso de los síntomas, y la simplicidad ó complicacion del mal.

»Es grave cuando la metritis sobreviene durante el embarazo ó se complica con peritonitis: «Si la escrecion urinaria es fácil y el vientre se conserva libre, dice Murat, podrá esperarse una terminacion feliz, y por el contrario mortal, cuando hay sudores frios, pulso deprimido, pequeño é intermitente y resolucion de las fuerzas.»

»Complicaciones.—La complicacion mas frecuente de la flegmasia uterina es la *peritonitis*, que puede sobrevenir desde la invasion del mal ó algunos dias despues. Unas veces es parcial, limitada á la porcion del peritóneo que reviste la matriz, y otras general; comunmente no guarda relacion con la intension de la metritis, pues se la observa en casos en que esta es ligera, y falta en otros en que es muy intensa: existe mas especialmente en la metritis por causa esterna.

»En la *metro-peritonitis* se observan reunidos los síntomas de ambas flegmasias; mas predominan los fenómenos de la inflamacion peritoneal ocultando á veces los de la metritis: el vientre está meteorizado y sumamente sensible; el pulso pequeño, duro é intermitente; la cara profundamente alterada, y la piel fria: existen vómitos pertinaces. El curso de la en-

fermedad es rápido y su terminacion casi siempre funesta (V. PERITONITIS).

»*Flebitis uterina.*—La inflamacion de las venas uterinas es una complicacion, que pertenece casi esclusivamente á la metritis puerperal; pero la mencionamos aqui, porque acompaña alguna vez á la idiopática. La flebitis es mas ó menos estensa: haciendo una incision en la matriz, presentan las paredes de este órgano un número mayor ó menor de agugeros redondeados de diversos calibres, llenos de un pus que se rezuma y esprime como al través de una esponja. Introduciendo una sonda acanalada en estas aberturas, y dirigiendo por ella el escalpelo, pueden dividirse las venas uterinas, que se encuentran llenas de pus hasta una distancia mas ó menos considerable. Ora estan las venas obliteradas por coágulos, es la flebitis adhesiva, circunscrita, y el pus está aprisionado en cierta estension del vaso enfermo (Dance, *De la phlebite uterine*, etc., en *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p 485; 1829); ora por el contrario no se halla la vena obliterada, el pus está libre y penetra en el torrente circulatorio, observándose entonces todos los fenómenos que caracterizan la infeccion purulenta (Louis, *Observation de metrite sub aigue avec inflamation des veines uterines* en *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 337; 1826.—Dance, *loc. cit.*, p. 501.—Tonnelle, *Dès fievres puerperales observées à la Maternité*, etc., p. 30; Paris, 1830). Debemos limitarnos aqui á estas indicaciones; pues no seria del caso trazar una historia completa de la flebitis uterina. La *flebo-metritis* es casi siempre mortal.

»Pueden agregarse á la metritis diversas flegmasias, y se citan como complicaciones mas frecuentes la pleuresia, la neumonia (Haase, *Neue Zeitschrift fur Geburtskunde*, t. I, página 447) la meningitis y la erisipela (Heusinger, *Schmidt's Jahrbücher*, t. I, p. 77); pero estas afecciones no hacen mas que aumentar la gravedad del pronóstico, sin ofrecer nada de particular.

»FORMAS Y VARIEDADES.—Los autores describen muchas especies de metritis parcial, cuyos síntomas indicaremos en algunas palabras, aunque semejantes divisiones estan mas bien fundadas en abstracciones del entendimiento que en la observacion. Es muy raro que la flegmasia se halle esactamente limitada á una parte del órgano, y mas todavia que pueda el médico conocerlo durante la vida.

»*Metritis posterior ó del fondo del útero.*—Se la observa especialmente en el embarazo ó despues del parto: la porcion inflamada forma un tumor redondeado, duro y dolorido, que se eleva mas ó menos por encima del pubis, y que es muy fácil reconocer por la palpacion. El dolor se siente principalmente en la region umbilical: hay ansiedad, disnea y vómitos: la flegmasia invade muchas veces el peritóneo.

»*Metritis anterior.*—El dolor y la tension corresponden detrás del pubis; la vejiga participa siempre mas ó menos de la enfermedad, y la orina es rara, roja, espesa, se escreta con dolor y dificultad, ó se retiene completamente.

»*Metritis inferior.*—El dolor se percibe en el periné, en las ingles y muslos; hay una sensacion dolorosa en el recto, pareciéndoles á las enfermas que se halla distendido por materias fecales, y existe un estreñimiento pertinaz, aunque sin embargo á veces alterna con diarrea. El tacto rectal puede ilustrar mucho el diagnóstico.

»*Metritis lateral.*—La flegmasia se propaga muchas veces á los ligamentos anchos y á las dependencias del útero. La enfermedad puede confundirse al principio con una nefritis; el dolor se siente en la region inguinal (Behrends) al nivel de sus orificios (Autenrieth, Reinhard), en el muslo, la rodilla, y á veces en todo el miembro pelviano correspondiente, que á menudo se pone mas ó menos edematoso. La matriz se halla desviada hácia el lado de la parte enferma (Vogel, P. Frank).

»*Metritis del cuello.*—Se observa frecuentemente despues del parto. La vagina está caliente, seca y dolorida; existe un dolor agudo en su fondo, y el tacto lo exaspera singularmente; hay un flujo mucoso, sanguinolento ó sanguineo, tumefaccion, y á veces desgarradura del hocico de tenca; el cuello uterino rara vez está blando, y por el contrario casi siempre duro; su orificio se halla dilatado al principio, y cerrado cuando el mal ha hecho ya bastantes progresos; la fiebre es nula ó poco intensa (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 610). Segun Churchill, apenas puede el dedo alcanzar al cuello uterino, que se aleja del orificio de la vagina.

»*Metritis membranosa, catarral.*—Puede la inflamacion ocupar únicamente la membrana mucosa que reviste la cavidad uterina; las enfermas no esperimentan dolor propiamente dicho, sino una sensacion de calor en la pequeña pelvis; el vientre se halla flexible é indolente; no existe fiebre; hay un flujo mucoso ó sanguinolento, y por medio del espéculum se demuestra que procede de la cavidad uterina, pues se le ve atravesar el orificio, que está ligeramente entreabierto.

»*Metritis puerperal.*—*Alteraciones anatómicas.*—El útero se halla mas ó menos contraido, y presenta algunas veces un color rojo moreno al través de la membrana peritoneal que lo cubre.

»En algunos casos se limita la inflamacion á la mucosa uterina (*metro-phlegmhymenitis puerperalis*); la cual está cubierta por una exudacion plástica, de muchas líneas de espesor, parduzca, difícil de desprender, y que ocupa toda la superficie interna del órgano, ó solamente algunos puntos, y en especial la parte mas cercana al cuello. Otras veces está la mucosa uterina reducida á una papilla de aspecto sucio, y cubierta por una exudacion negruzca, gelatinosa y fluida, exhalando un olor infecto y gangrenoso (Helm, *Traité sur les maladies puerperales*, etc., p. 59; Paris, 1840).

»Parece sin embargo que estas alteraciones no siempre resultan de la inflamacion, y para que se les pueda asignar con certidumbre este origen, es preciso que esten acompañadas de un pus semi-concreto, ora diseminado en forma de masas pequeñas y de granulacioncitas parduzcas, agrupadas, parecidas al *muguet*; ora constituyendo una capa uniforme, espesa, amarillenta y continua (Tonnelle, *des Fièvres puerperales observées à la Maternité l'année* 1829, p. 8; Paris, 1830).

»La superficie esterna del útero presenta á veces unas abolladuras desiguales, formadas por el desprendimiento del peritóneo y la acumulacion de un líquido sero-purulento ó de verdadero pus. Puede suceder que se rompan estas vesículas y que la superficie del órgano aparezca despojada en parte de su cubierta esterna, como lo está la piel despues de la accion de un vejigatorio (Tonnelle, *loc. cit.*, p. 9).

»El tejido propio de la matriz presenta tambien las diferentes alteraciones que acabamos de describir: las mas veces se halla infiltrado el pus. Repetimos que es preciso guardarse de atribuir á la inflamacion lesiones que no le pertenezcan; muchas veces se encuentra en las mujeres que sucumben á consecuencia del parto, el tejido uterino reblandecido y negruzco (*putrefaccion de la matriz*), sin que haya metritis propiamente dicha (V. Fiebre puerperal).

»Pueden limitarse las alteraciones al tejido propio de la matriz; pero los casos de este género son muy raros; pues la metritis puerperal viene casi siempre acompañada de flebitis y linfangitis uterinas, de peritonitis y de inflamacion de las dependencias del útero; existiendo, ora una sola de estas complicaciones, ora dos ó tres, y ora en fin, y no las menos veces, todas reunidas en una misma enferma.

»La inflamacion de las venas no escede comunmente de los límites del órgano; pero puede tambien propagarse á las venas ováricas, á la hipogástrica, etc. En el útero mismo es general ó parcial: Dance la ha encontrado muchas veces cerca de la insercion de la placenta, y Tonnellé la ha observado con mas frecuencia en las partes laterales de la matriz hácia la base de los ligamentos anchos. Puede ser circunscrita, adhesiva ó no adhesiva, y supurativa. En una palabra, presenta todos los caractéres anatómicos que pertenecen á la flegmasia del sistema venoso (V. Flebitis).

»La linfangitis es en general casi tan frecuente como la flebitis (Tonnelle, obr. cit., p. 11); pero se halla mas sometida que esta á la influencia de circunstancias, que todavia no han podido determinarse con precision. «¿Por qué, decia poco há uno de nosotros, la presencia del pus en los linfáticos del útero coincide manifiestamente con condiciones epidémicas y locales? ¿por qué en tal epidemia de fiebre puerperal se encuentra casi siempre pus en los linfáticos, y en tal otra casi nunca? ¿y por qué durante una misma epidemia, rarísimas veces ha visto Dubois semejante lesion en el hospital de las clínicas, mientras que Moreau la ha observado casi constantemente en la Maternidad? Cuestiones son estas que no pueden resolverse.» (L. Fleuri, *Essai sur l'infection purulente*, página 131; Paris, 1844).

»No basta la presencia de pus en los linfáticos del útero para decir que hay una linfangitis, puesto que puede haberse introducido en ellos por absorcion; sino que es preciso ademas, que presenten sus paredes las alteraciones que caracterizan la flegmasia de estos vasos (V. Linfangitis, y tambien Tonnelle, obr. cit., y Duplay *De la suppuration des vaisseaux lymphatiques de l'uterus à la suite de l'aucouchement*, en *Arch. gén. de méd.*, 1835, t. VII, p. 293).

»El peritóneo está casi siempre inflamado, observándose todas las lesiones de una peritonitis parcial ó general.

»Encuéntranse muy frecuentemente vestigios manifiestos de inflamacion, y hasta pus, en los ovarios, los ligamentos anchos y en todos los anejos de la matriz.

»La gangrena se ha observado á menudo, ora ocupando todo el órgano, ora en forma de escaras circunscritas, las que á veces se encuentran tambien en la vagina, la vulva y el periné.

»No hablaremos de otras lesiones, tan numerosas como variadas, que pueden hallarse (*colecciones purulentas en las articulaciones, en las cavidades serosas, abscesos llamados* metastáticos, etc.); porque no pertenecen á la metritis puerperal, sino á las afecciones que casi siempre la acompañan (*flebitis, infeccion purulenta, infeccion pútrida*).

»*Síntomas, curso, duracion y terminacion.*— Es imposible trazar un cuadro general de la metritis puerperal considerada en sí misma, pues como ya hemos dicho, rarísima vez se halla aislada la inflamacion de la matriz; casi siempre es múltiple la afeccion; y para describirla con alguna verdad, es preciso separar los diferentes estados patológicos que resultan de las diversas combinaciones consiguientes á los varios modos de asociarse las enfermedades que acabamos de enumerar. Haremos un esfuerzo por establecer esta distincion, advirtiendo al lector que encontraremos dificultades casi continuas y muchas veces insuperables.

»Los autores contemporáneos mas recomendables confunden todavia bajo el nombre de *fiebre puerperal* enfermedades muy diferentes entre sí, que solo tienen de comun la circunstancia de desarrollarse á consecuencia del parto. Hace ya muchos años que justificó Helm (obra citada, p. 9) esta proposicion, cuya esactitud ha demostrado uno de nosotros últimamente (L. Fleury, obr. cit., 180-189. Véase tambien el artículo Fiebre puerperal). La *metritis puerperal* se halla comprendida en la descripcion de la *fiebre* del mismo nombre; pero los fenómenos que pertenecen á la inflamacion de la matriz, no estan separados de los que son estraños á la mis-

ma. Tenemos por lo tanto que llevar á cabo esta separacion, y buscar dichos fenómenos en medio de una amalgama, que no puede menos de ser muy heterogénea, puesto que se aplica, no como algunos creen al parecer, á una individualidad morbosa llamada *fiebre puerperal*, sino á varias *enfermedades puerperales* confundidas sin razon bajo un solo nombre. Vamos pues á hacer un trabajo análogo al que emprendimos para componer nuestro artículo sobre la ENCEFALITIS, y podrian repetirse aquí la mayor parte de las consideraciones preliminares que entonces hicimos.

»1.° *Metritis puerperal simple.*—Segun las observaciones de metritis puerperal simple que contienen los anales de la ciencia, puede decirse que la enfermedad se presenta con una fisonomía, que no difiere esencialmente de la que se observa en la inflamacion espontánea de la matriz. Sin embargo, los fenómenos que la caracterizan varian segun el grado de la flegmasía, y bajo este aspecto debe hacerse una nueva distincion.

»A. *Metritis puerperal simple sobreaguda.*—Por lo comun invade de pronto la flegmasía poco tiempo ó casi inmediatamente despues del parto. En la mayoría de los casos, segun Burns (*Traité des acouchements*, edic. de *l'Encyclopedie des scienc. méd.*, p. 370), se presenta en los nueve dias que siguen á la espulsion del feto.

»*Escalofrio.*—En general abre la escena un escalofrio violento, que aparece de un modo repentino, ó precedido de desazon, cefalalgia y de sumo cansancio, presentándose, ora por la mañana ó durante el dia, ora, y es lo mas frecuente, por la tarde y de noche. Las enfermas se despiertan sobresaltadas y se asustan al verse acometidas de un temblor general. La sensacion de frio es intensa; se resiste á cuantos medios se emplean para combatirla, y dura desde un cuarto de hora á hora y media. Comunmente es general; pero puede ser parcial; en cuyo caso se siente á lo largo del raquis ó en los miembros inferiores. El escalofrio parcial es menos intenso y continuo que el general (Voillemier, *Histoire de la fievre puerperale qui a regné epidemiq. à l'hôpital des Cliniques*, en 1838, p. 14; Paris, 1840).

»Es preciso no confundir el escalofrio inicial de la metritis puerperal con otros, irregulares, intermitentes y pasageros, que se manifiestan á menudo en las puérperas despues de muchos dias de enfermedad, y que no pertenecen á la metritis, sino casi siempre á una infeccion purulenta ó pútrida, ó a alguna otra complicacion. Tambien debe saberse, que puede sobrevenir un escalofrio *inicial* muy violento en una recien parida, y sucumbir esta despues de haber presentado tal ó cual conjunto de síntomas, sin que demuestre la autopsia el menor vestigio de flegmasía uterina.

»*Dolor.*—Se siente, comunmente en el período de reaccion que sucede al escalofrio, muy á menudo al mismo tiempo que este, y á veces muchas horas antes ó despues de él, un dolor en la region hipogástrica, en los lomos y en ambas íngles, ó lo que es mas frecuente solo en una de ellas (Voillemier); el cual aumenta gradualmente de intensidad y se prolonga sin intermision, aunque exasperándose de vez en cuando como los dolores del parto; cuyas exasperaciones provienen al parecer de la contraccion y del espasmo de las fibras inflamadas. La region uterina está muy dolorida á la presion y algo tumefacta; casi nunca es muy notable la hinchazon y tension general del vientre, estando mas bien deprimidas las paredes abdominales, á cuyo través puede sentirse distintamente el útero, que está mas duro y voluminoso que de costumbre. La enferma tolera la presion en todas las partes del abdómen, siempre que no se haga de modo que interese la matriz (Burns, obr. cit., p. 371).

»La violencia de los dolores es sobre todo mayor, si aparecen muy poco tiempo despues del parto, cuando todavía no han cesado los cólicos uterinos. «Es difícil imaginarse, dice Voillemier, los horribles padecimientos que causa entonces cada nueva contraccion uterina.

«Una vez llegados á su mayor grado de intension, se calman con bastante prontitud en dos ó tres dias, haciéndose obtusos, profundos, y cesando del todo algun tiempo antes de la muerte: en ocasiones desaparecen casi completamente cuarenta y ocho horas despues de la invasion de los primeros síntomas. Debemos cuidar mucho de no pronosticar favorablemente en todos los casos, porque disminuyan y hasta desaparezcan del todo; pues si bien es favorable este signo en los primeros dias de la enfermedad, siempre que al mismo tiempo se mejore el estado general, no debe olvidarse que coincide muy á menudo con la aparicion del meteorismo y un principio de supuracion.» (Voillemier, *loc. cit.*, p. 10).

»*Loquios.*—Generalmente se creia que estos se suprimian al momento que se desarrollaba la metritis puerperal, y aun varios patólogos consideraban esta supresion como la causa de la inflamacion uterina.

«Los loquios rojos se suprimen pronto, dice Burns, y si se renuevan el flujo es purulento»; pero está proposicion es demasiado absoluta.

»El flujo loquial no sufre á veces ninguna modificacion; frecuentemente disminuye algo su cantidad; en algunos casos raros se hace mas abundante, y por lo comun se suprime durante el escalofrio; cuya supresion, ora persiste, ora cesa por sí misma, ya durante el período de reaccion, ó ya al cabo de algunas horas ó dias. «Nada tiene de fijo el restablecimiento de los loquios, dice Voillemier (*loc. cit.*, p. 18), y al parecer no ejerce influencia alguna en el curso del mal.»

»*Secrecion láctea.*—Sucede con esta lo mismo que con el flujo loquial: su supresion no es tan constante como se ha dicho, y se observan las diversas modificaciones que hemos indicado hablando de los loquios.

»*Circulacion, digestion é inervacion.*—El pulso es frecuente y bastante desarrollado; siendo únicamente hácia el período de supuracion cuando se hace pequeño, débil é intermitente: los vómitos son raros, y las mas veces hay estreñimiento. Casi inmediatamente despues del escalofrio sobreviene una cefalalgia frontal intensa; pero cede con bastante facilidad á las emisiones sanguíneas y los purgantes. Algunas veces se manifiesta hácia el fin de la enfermedad un ligero trastorno de la inteligencia. La cara está pálida y alterada durante el escalofrio; pero se repone en cuanto sobreviene la reaccion.

»Como la inflamacion es muy intensa desde su principio, camina con rapidez á la supuracion, y las enfermas sucumben en algunos dias.

»B. *Metritis puerperal simple-subaguda.*—Se desarrolla en una época bastante lejana del parto, y algunas veces al cabo de quince ó veinte dias (Louis, *Obs. de metrite sub-aigüe*, etc., en *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 33, 1826). La invasion es menos repentina y violenta; el escalofrio poco intenso, ó falta completamente; el dolor ligero, sordo, intermitente, y limitado á la region pubiana, no sintiéndose á veces sino al moverse la enferma ó cuando se hace una presion bastante fuerte, y el abdomen está flexible é indolente, sin que se perciba ningun tumor al través de sus paredes.

»Los loquios y la secrecion láctea no hacen mas que disminuir un poco; el pulso, que al principio es muy frecuente, baja al cabo de uno ó dos dias á 90 ú 80 pulsaciones; en ciertos casos hay alguna diarrea; no existe cefalalgia, ni alteracion de la cara (Burns, *loc. cit.*, páginas 370-371).

»La enfermedad cede fácilmente á un tratamiento apropiado; el pulso se hace mas lento; el dolor desaparece completamente, y todo entra en órden al cabo de diez ó quince dias.

»2.º *Metro-peritonitis puerperal.*—La flegmasia empieza por la matriz, y se estiende con rapidez á una porcion ó á la totalidad del peritóneo. La invasion es la misma que en la metritis sobreaguda. Cuando la inflamacion serosa se limita á las hojas peritoneales de la pequeña pelvis, es bastante difícil reconocerla; el dolor es mas vivo, los vómitos mas frecuentes y constantes, y el pulso pequeño y duro; pero estos signos pueden faltar, y no son ademas patognomónicos. El curso rápido del mal, y la postracion en que cae muy pronto la enferma, tampoco tienen un gran valor diagnóstico; siendo únicamente en la autopsia, cuando se reconoce si la flegmasia estaba limitada al útero ó se propagaba tambien á una parte del peritóneo inmediato.

»Cuando la peritonitis es general, dominan completamente sus síntomas á los de la flegmasia uterina, la cual no podria reconocerse sin la circunstancia de haber precedido el parto. No trazaremos aquí un cuadro que ya hemos hecho en otro lugar (Véase Peritonitis); solamente recordaremos, que la enfermedad se halla principalmente caracterizada por un dolor general y escesivo del abdomen, un meteorismo enorme, por vómitos pertinaces, pequeñez y concentracion de pulso, alteracion de la cara, etc. Las enfermas sucumben por lo comun en algunos dias, y aun á veces en algunas horas.

»3.º *Flebo-metritis puerperal.*—La enfermedad es al principio una metritis sobreaguda ó subaguda, y se presenta con todos los caractéres sintomáticos que hemos indicado mas arriba. Al cabo de algunos dias sobreviene de pronto un violento escalofrio, que se reproduce muchas veces con intervalos. «Estos escalofrios, dice con razon Helm, sirven para establecer el diagnóstico: no son un signo de la supuracion en las venas, porque esta puede existir sin ellos, y hasta sin ocasionar fiebre; pero anuncian la introduccion del pus en la masa de la sangre» (Helm, *loc. cit.*, p. 138-140).

»En este caso se observan todos los síntomas de la infeccion purulenta (V. Pioohemia), la cual constituye entonces todo el mal.

»Cuando la flebitis uterina es circunscrita, y el pus no pasa al torrente circulatorio, ofrece comunmente la enfermedad la fisonomía de la metritis grave, y solo por la autopsia se reconoce con certidumbre la existencia de la flebitis.

»Cuanto acabamos de decir de la flebo-metritis, es aplicable igualmente á la *angio-linfo-metritis puerperal.*

»4.º *Metritis puerperal tifoidea.*—*Metro-peritonitis tifoidea* (Duges). *Fiebre puerperal pútrida, maligna.*—Hé aquí los caractéres que asigna Duges á esta forma, admitida por algunos autores.

«Escalofrio muy intenso y prolongado; delirio sordo, pero constante y que aparece muy pronto; cefalalgia aguda, soñolencia; pequeñez, dureza y concentracion del pulso; calor acre y sequedad de la piel, manchas rubicundas en los dedos, en las muñecas y rodillas, etc.; sed estremada, vómitos, diarrea; disnea; postracion de fuerzas, saltos de tendones, cara pálida ó apenas sonrosada, fruncimiento de las facciones; mas tarde aspecto terroso y descomposicion del rostro, evacuacion involuntaria de las materias fecales y de la orina, sudores frios, estado fuliginoso de la boca, suma disnea, y en fin agonia prolongada con un estado soporoso. Esta forma, ora es poco rápida en su curso, ora constituye una enfermedad fulminante que mata desde el primer dolor, como por ejemplo en el escalofrio de invasion» (Duges, artículo Metritis en el *Dic. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 495-496).

»El cuadro trazado por Leake se parece mucho al que acabamos de referir. «El vientre, dice este médico, se hincha con rapidez; la fisonomia se descompone, la lengua se seca, las manos estan temblorosas, los labios lívidos, abiertas las ventanas de la nariz, y las megillas

presentan á veces un color rojo subido. Las enfermas caen en la postracion; el pulso se hace escesivamente rápido, y adquiere al fin una especie de fluctuacion trémula.»

»Analizando con severidad los hechos citados como ejemplos de *metritis puerperal tifoidea*, se viene en conocimiento de que esta denominacion se ha empleado como sinónima de *fiebre puerperal*, y ha servido como esta última para designar diversos estados patológicos, especialmente la infeccion purulenta, y sobre todo la pútrida.

»Diagnóstico, pronóstico. — Fuera de los tiempos de epidemia, el diagnóstico de las diferentes formas de metritis puerperal no difiere del que corresponde á la espontánea; pues estriba en las mismas bases, y la circunstancia del parto no hace mas que aumentar las probabilidades de que exista una flegmasia uterina. El pronóstico es en general mas grave; el acto fisiológico que acaba de verificarse, favorece el desarrollo de la inflamacion, y le imprime mayor intension, un curso mas rápido y una tendencia mas considerable á la supuracion.

»Mas no sucede asi durante las epidemias: «Entonces, dice Voillemier (*loc. cit.*, p. 19), se puede á veces diagnosticar ciertamente, ó ya una peritonitis en vista del derrame que se encuentra en la cavidad del peritóneo, ó ya abscesos en el espesor de los músculos de los miembros; pero nunca es posible saber, si se encontrará pus en las venas, en los linfáticos, en el tejido celular ó en el espesor del útero; pudiéndose cuando mas tener algunas presunciones, fundadas en las autopsias precedentes, acerca de las lesiones que pueden presentarse, en razon de la especie de uniformidad que afectan en todo su desarrollo las enfermedades epidémicas.»

»Esta proposicion es enteramente esacta en el estado actual de la ciencia. En tiempos de epidemia, sucumben las mujeres á una afeccion general, cual es la *fiebre puerperal*; cuya afeccion, segun las investigaciones contemporáneas, consiste en una infeccion pútrida, á la que se agrega una ú otra de las formas de metritis puerperal que dejamos indicadas. Pero la que domina es la enfermedad general, y como dice Voillemier, se ha *descuidado hasta ahora demasiado el estudio de los síntomas* del estado patológico complejo que presentan las enfermas, para que puedan distinguirse los que corresponden á la intoxicacion pútrida, de los de la lesion local que la acompaña. Preciso es pues aguardar á que observaciones ulteriores lleguen al fin á aclarar la historia, tan importante como oscura todavia, de la fiebre puerperal.

»Hay un estado especial del puerperio, y por decirlo asi fisiológico, que engaña algunas veces al práctico: queremos hablar de la *fiebre láctea*: «La secrecion de la leche, dice Voillemier (*loc. cit.*, p. 19), debe siempre vigilarse con el mayor cuidado; porque muchas veces se presentan los primeros síntomas de la enfermedad en la época de su desarrollo. En algunos casos vemos sobrevenir cefalalgia, ligeros escalofrios, un movimiento febril bastante intenso, y al mismo tiempo algun dolor en la region hipogástrica, unas cuarenta y ocho horas despues del parto, sin que podamos decir si semejante estado es la fiebre láctea ó la puerperal. En efecto, muchas veces se infartan los pechos y cesan todos los accidentes; pero en ocasiones, en medio de estos primeros síntomas aparece un escalofrio violento, y muy luego se manifiesta la fiebre puerperal; como si luchase por algunos instantes la enfermedad con el fenómeno fisiológico de la secrecion láctea.»

»Causas de la metritis.—*Causas predisponentes.*—La metritis es rara antes de la pubertad. Tambien es poco comun durante el embarazo, segun Lisfranc; pero Duges opina que esta proposicion, repetida por la mayor parte de los autores, no es esacta. El primero de estos ha observado frecuentemente la metritis en los dos primeros años que siguen á la cesacion de las reglas: «El útero, dice, es entonces mas sanguíneo que en ninguna otra época de la vida; todavia es asiento de una fluxion, de la que ya no puede desembarazarse fácilmente por medio de una hemorragia; lo cual constituye ciertamente una causa poderosa de irritacion» (*loc. cit.*, p. 609).

»La constitucion epidémica que produce la afeccion general llamada *fiebre puerperal*, favorece de un modo manifiesto el desarrollo de la metritis de igual nombre, ora se declare esta espontáneamente despues del parto mas feliz y sin causa determinante apreciable, ora se refiera á un modificador conocido. Asi es, que los partos laboriosos, en que es preciso hacer la version, aplicar el forceps ó emplear cualquier otro procedimiento operatorio, van con mucha mas frecuencia seguidos de metritis durante la constitucion epidémica. Podríase preguntar con este motivo, si no existirá una metritis epidémica, asi como se observa una meningitis de esta naturaleza; pero esta cuestion la trataremos en otro lugar (V. Fiebre puerperal).

»Las enfermedades anteriores del útero, una alimentacion insuficiente ó de mala naturaleza, y las privaciones que trae consigo la miseria durante el embarazo, son otras tantas causas predisponentes, cuya influencia no puede negarse. Contra lo que pudiera creerse *á priori*, y á pesar de lo que habian dicho varios autores, nunca ha visto Voillemier (*loc. cit.*, p. 6-7) desarrollarse la enfermedad, *ni aun durante las epidemias*, en mujeres que hubiesen abusado de los licores espirituosos en el curso de la gestacion.

»*Causas determinantes.*—La metritis puede resultar, durante el estado de vacuidad, de un golge en la region hipogástrica, de una cai-

da violenta sobre el vientre, los riñones ó las nalgas; de una herida ó contusion del útero; de la presencia de un pesario ó de un cuerpo estraño; de la accion accidental ó terapéutica del frio *(intus et extra)*; del uso de los astringentes durante el flujo menstrual; del de los emenagogos violentos; del abuso de la masturbacion, ó bien por el contrario segun Murat, de la abstinencia de los placeres del amor en una mujer dotada de un temperamento eminentemente erótico; de la presencia de un tumor fibroso, ó de un pólipo, en el útero, etc., etc.

»Otra de las causas, demasiado frecuente por desgracia durante la preñez en las grandes poblaciones, consiste en las culpables é imprudentes maniobras que se hacen para provocar el aborto.

»La metritis puerperal se desarrolla muchas veces bajo la influencia de causas especiales, como la violencia de los dolores del parto; los obstáculos que oponen á su terminacion una resistencia demasiado considerable del periné, la mala conformacion de la pelvis ó un tumor desarrollado en la escavacion, etc.; la administracion intempestiva ó imprudente del cornezuelo de centeno, la introduccion de la mano, la version de la criatura, la aplicacion del forceps, la impresion del frio y una emocion moral fuerte inmediatamente despues del parto.

»Tratamiento.—*Emisiones sanguíneas.*—Todos los autores antiguos, y entre los modernos Mauriceau, Dionis, Senac, etc., preconizan las emisiones sanguíneas en el tratamiento de la metritis aguda; pero observaciones mejor hechas han demostrado últimamente que solo deben usarse con suma reserva. En la metritis espontánea, desarrollada sin influencia alguna epidémica, son generalmente útiles las emisiones sanguíneas, y deben emplearse con energia (tres ó cuatro sangrias en las veinticuatro horas); pero durante las epidemias de fiebre puerperal, aunque la metritis ofrezca al parecer la forma inflamatoria mas franca, es preciso estraer muy poca sangre, si no se quiere que caigan las enfermas inmediatamente en la adinamia y en un estado tifoideo muy grave. «Aun cuando la enfermedad se presentase con una forma flegmásica de las mas evidentes, dice Voillemier hablando de la epidemia que describe en su memoria, procedia Dubois con mucha desconfianza en el uso de la sangria, y aun asi algunas veces, despues de estraer seis ú ocho onzas de sangre, variaba de pronto la escena, sucediendo una debilidad estremada á la exaltacion de las fuerzas, la depresion y ondulacion del pulso á la dureza y desarrollo que antes tenia, y manifestándose por último todo el conjunto de accidentes tifoideos, que un momento antes parecian tan remotos. ¿Qué habria sucedido en este caso, si en lugar de obrar con tanta prudencia, se hubiera sangrado hasta el síncope como quiere Gooch, ó bien en cantidad de 24 onzas desde el principio del mal como Armstrong y Hey» (Voillemier, *loc. cit*. p. 21)? Repetimos, pues, convencidos de que nunca será escesiva esta insistencia, que en la metritis puerperal no deben emplearse las emisiones sanguíneas, sino cuando la enfermedad ofrece una forma inflamatoria bien marcada. Despues de hecha una sangria algo copiosa, es preciso estudiar cuidadosamente el estado del pulso y las fuerzas de la enferma, y si estas se conservan y aquel permanece desarrollado ó se hace todavia mas fuerte, se puede estraer una nueva cantidad de sangre; pero en circunstancias opuestas conviene abandonar inmediatamente las emisiones sanguíneas.

»Por otra parte es preciso no dejarse alucinar por apariencias engañosas; pues al principio de la metritis se halla á veces enmascarado el estado inflamatorio por una depresion de las fuerzas, que es facil confundir con la debilidad y la postracion; la cara se presenta pálida, el pulso pequeño y el calor mediano; pero despues de una sangria aparece la reaccion. «En los casos de este género, dice Tonnelle (*loc. cit.*, p. 79), el examen del corazon y los pulmones suministra signos preciosos: cuando las contracciones son tumultuosas, el ruido sordo, el impulso fuerte, el murmullo respiratorio débil y como sofocado, sin otra modificacion alguna, debe hacerse una sangria esploradora, y segun el efecto que produzca y el estado de la sangre estraida, abandonar este medio ó emplearle de nuevo.»

»Las emisiones sanguíneas solo deben usarse en los primeros dias y aun en las primeras horas de la enfermedad, cualesquiera que sean las circunstancias que la acompañen; pues pasado el primer período, y cuando la inflamacion propende á supurar, no hacen mas que favorecer el estado tifoideo y la infeccion purulenta ó la pútrida. Hay sin embargo un caso, dice Tonnelle, en el que todavia debe sangrarse, aunque esté la enfermedad en el segundo período: «cuando á la supuracion sucede una reaccion viva general, presentándose el pulso duro y frecuente, la cara rubicunda, el calor aumentado y los ojos animados, debe temerse que sobrevenga alguna flegmasia secundaria (pleuresia, neumonia), y entonces la sangria es el mejor medio de prevenirla.»

»No estan de acuerdo los autores sobre el modo preferible de estraer la sangre: unos emplean las emisiones sanguíneas locales (sanguijuelas ó ventosas escarificadas), y otros la flebotomia.

»No es igual, segun Tonnelle, el efecto de estos dos modos de estraer sangre. La flebotomia produce comunmente una mejoria rápida en los accidentes inflamatorios generales; pero no obra sensiblemente sobre la flegmasia uterina, y debilita con mucha rapidez. Las sangrias locales tienen una influencia constante y muy marcada sobre los dolores; pero sus efectos generales son secundarios y remotos: las to-

leran fácilmente las mujeres por débiles que sean, y convienen sobre todo en el corto período de flogosis que precede por lo comun á los accidentes tifoideos. En resumen, es preciso emplear segun las circunstancias, aislada ó simultáneamente, estos dos modos de evacuar sangre (Tonnelle, *loc. cit.*, p. 78-83).

»Esceptuando los casos en que se halla inflamado el peritóneo, desecha Lisfranc completamente las emisiones sanguíneas locales: 1.° porque la sangria general es preferible cuando se trata de órganos parenquimatosos, y 2.° porque aunque sean muchas las sanguijuelas que se pongan alrededor de la pelvis, no dejan de producir congestiones sanguíneas, por el hábito que contrae el líquido de dirigirse hácia esta parte. «He hecho un considerable número de esperimentos sobre este punto contencioso de terapéutica, dice Lisfranc, y me han demostrado que la flebotomia goza de una eminente superioridad» (*loc. cit.*, p. 618).

»Mercurial, Hoffmann y Porta prefieren la sangria del pie á la del brazo; pero no hay quien los imite en nuestros dias. Puede decirse con Murat, que solo debe emplearse la sangria del pie cuando la metritis depende de la supresion de los ménstruos:

»*Emolientes.* — Los baños tibios generales, prolongados largo tiempo y repetidos muchas veces en las veinticuatro horas; las embrocaciones, los fomentos, las cataplasmas ligeras, las medias lavativas de agua templada, y las inyecciones emolientes, son los ayudantes que comunmente se emplean; pero su eficacia es poco notable, si no dudosa, y no siempre estan exentos de inconvenientes. Muchas veces no pueden las enfermas soportar el peso de las cataplasmas, las conmociones inevitables para tomar los baños, etc.

»Las inyecciones son muy útiles en la metritis puerperal, cuando los loquios tienen un olor fétido; pero es preciso cuidar de que llegue el líquido hasta el útero, y de que sin ser demasiado caliente, lo sea bastante para que no determine escalofrios (Voillemier). Los baños de asiento, empleados por algunos médicos, los proscribe con razon Lisfranc.

»*Eméticos.* — Se han empleado en el tratamiento de la *fiebre puerperal*; pero no siendo esta muchas veces mas que una metritis, debemos ocuparnos de ellos en este sitio, advirtiendo nuevamente al lector que no todos los elementos en que nos apoyamos son comparables entre sí.

»Willis, White y Antonio Petit administraban la ipecacuana á las mujeres que padecian fiebre puerperal; pero Doucet fue el que en 1782 sistematizó el uso de este medicamento.

»Ensayaron entonces la ipecacuana muchos médicos franceses y estranjeros, obteniendo resultados muy variables. Habiendo observado que, si probaba bien en tal epidemia perjudicaba en tal otra, y que si era útil por cierto tiempo solia hacerse luego ineficaz ó dañosa en el curso de la misma epidemia, no tardaron todos en abandonarla casi completamente, á escepcion de Osiander, Hufeland y Recamier, que continuaron prescribiéndola.

»Desormeaux recurrió en 1828 y 1829 á la ipecacuana en tres epidemias de fiebre puerperal: en una de ellas no produjo efecto alguno el medicamento; y en las otras dos ejerció manifiestamente una influencia favorable, determinando vómitos, diarreas y sudores, sin que jamás aumentase los dolores ni los demas accidentes (Tonnelle, *loc. cit.*, p. 104-122).

»De lo que acabamos de esponer se deduce, que la ipecacuana es un medicamento infiel, y eficaz solo en circunstancias particulares, que es imposible determinar y conocer de antemano.

»*Purgantes.*—«Todos los remedios purgantes son perniciosos para la mujer que padece una flegmasia del útero», dice Mauriceau; pero esta proposicion es demasiado general; pues la metritis, espontánea ó puerperal, viene muchas veces acompañada de un estreñimiento considerable, que debe combatirse con purgantes suaves, sobre todo con el aceite de ricino.

»*Narcóticos.*—Estos se han empleado contra la diarrea (lavativas con 8, 10 ó 12 gotas de láudano; cocimiento blanco de Sydenham, con 3 á 6 gotas de láudano por cada onza), contra los vómitos (emplasto de triaca rociado con algunas gotas de tintura tebáica, y colocado en el epigastrio; fricciones con 20 granos de estracto de belladona; aplicacion por el método endérmico de medio grano de hidro-clorato de morfina), y contra los dolores uterinos (cataplasmas rociadas con láudano en cantidad de 30 á 80 gotas, y aplicadas sobre el hipogastrio; 1 á 3 granos de estracto gomoso de opio interiormente).

»Cuando la metritis es francamente inflamatoria, y empieza con una forma muy aguda, el opio administrado á altas dosis (60 á 80 gotas de láudano en una cuarta parte de lavativa; medio grano de estracto gomoso de opio cada hora) hasta producir el narcotismo, constituye una medicacion poderosa, con la que hemos visto muchas veces contenerse el desarrollo de la flegmasia. Creemos que seria útil ensayar mas á menudo este tratamiento abortivo, que se ha empleado con buen éxito por Churchill (*Traitement de la metrite puerperale par l'opium à hautes doses*, en *Arch. gén. de méd.*; 1833, tomo VII, p. 395).

»*Mercuriales.*—Los calomelanos (8 á 12 granos en las veinticuatro horas, hasta producir la salivacion) y el ungüento mercurial (fricciones en los muslos, el abdomen y los brazos con 1 á 2 onzas) se han preconizado estraordinariamente. Vanden-Zande y Velpeau quieren que se recurra á las preparaciones mercuriales desde el principio del mal; y por el contrario P. Dubois y la mayor parte de los médicos no las prescriben sino despues de las emisiones sanguíneas, hácia el segundo período de la en-

fermedad, cuando aparecen los signos de la supuracion y sobre todo de la infeccion purulenta.

»La eficacia de los mercuriales es muy disputable, y se puede aplicar á este remedio lo que hemos dicho de la ipecacuana. Seria exagerar demasiado decir con Lisfranc, que el ungüento mercurial empleado segun la fórmula de Serres (de Uzes), constituye un *medio heróico* para combatir la metritis ó la metro-peritonitis, haya ó no sucedido al parto (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 627).

»Tonnelle ha tratado de apreciar la eficacia de algunos de los medios que acabamos de indicar, y cree que puede formularse la siguiente proposicion (*loc. cit.*, p. 136):

»*En julio y noviembre cede mas particularmente la fiebre puerperal á las emisiones sanguíneas; en agosto á los mercuriales*, *y en setiembre y octubre á los eméticos.*

»Escusamos decir que es imposible aceptar esta proposicion.

»Terminaremos este párrafo con las palabras siguientes de Lisfranc, que deben tenerse muy presentes.

«Debe estar la enferma acostada casi horizontalmente en una cama, compuesta de un gergon y de un colchon de cerda; estar poco cubierta, y tener la pelvis algo mas elevada que el tronco.»

»Añadiremos, segun las observaciones que hemos hecho en la práctica de Moreau, que en los casos de metritis puerperal conviene mantener siempre limpias la cama y ropa blanca de la enferma; renovar el aire con frecuencia, y no prescribir una dieta ni demasiado austera ni muy prolongada.

Metritis crónica.

«Si la hipertrofia, dice Duges (*loc. cit.*, página 500), fuese realmente una afeccion distinta de la induracion del útero, seria muy difícil distinguirla de esta, á no ser por la poca sensibilidad del órgano; pero si se esceptúan los casos de prolapso de la matriz, ó solamente del hocico de tenca, y el aumento de volumen que adquiere el órgano á causa de la preñez verdadera ó falsa, de un pólipo, etc., *la hipertrofia no es á nuestro modo de ver otra cosa que un resultado de la flegmasia crónica, comunmente general*, y *no debe distinguirse de ella.*»

»Murat (*loc. cit.*, p. 288-294) describe con el nombre de metritis crónica la hipertrofia de la matriz, sin tomarse el trabajo de decirnos si hace alguna distincion entre estos dos estados patológicos.

»Naumann cae en la misma falta; describe como metritis crónica el aumento de volumen del útero producido por la congestion (*loc. cit.*, p. 29), y refiere el reumatismo de la matriz á la inflamacion crónica de este órgano.

»Lisfranc asigna á la metritis crónica todos los síntomas de la hipertrofia del útero (*loc. cit.*, p. 627-635), y algo despues reproduce su descripcion refiriéndola á la *hipertrofia simple de la matriz* (p. 639-644), sin motivar en manera alguna semejante repeticion.

»No describiremos la metritis crónica por la misma razon que no se estudia la hipertrofia del corazon con el nombre de *carditis crónica.* Si existe una metritis crónica en la significacion rigurosa de este nombre, no es mas que una causa de la hipertrofia de la matriz; la cual procede tambien y con mucha mas frecuencia de la congestion sanguínea. Esto no seria suficiente para pasar en silencio la inflamacion crónica de la matriz, si tuviese caractéres anatómicos ó sintomáticos que le fueran propios; pero en vano hemos intentado buscarlos. Por nuestra parte nos parece dudosa todavia la existencia de la metritis crónica; y las analogias fisiológicas que hemos espuesto en otro lugar (V. Hipertrofia del utero) nos inducen á creer, que la hipertrofia de la matriz es las mas veces, si no siempre, un efecto de la congestion sanguínea, como lo es sin duda alguna la hipertrofia del corazon.

»Historia y bibliografia.—Encuéntranse en Hipócrates (*De morb. mulier.*) muchos pasages que se refieren manifiestamente á la metritis. Galeno (*Defin. medic.*) y Areteo (*De causis et sign. acutor.*, lib. II) indican con bastante esactitud los principales síntomas de esta afeccion. Schenkius, Riverio y Morgagni citan algunos hechos; pero es preciso reconocer que el estudio detenido de la metritis pertenece casi esclusivamente á nuestra época, y Gardien decia todavia con razon: «Es difícil trazar una historia esacta de la metritis, es decir, de la inflamacion limitada al tejido propio del útero; pues como hace poco tiempo que los autores estudian las afecciones de los diferentes tejidos en particular, no hay todavia un número suficiente de observaciones precisas y bien especificadas, para describir con severidad los caractéres de la flegmasia del tejido carnoso de la matriz.»

»Mucho se han multiplicado las observaciones despues de este médico; pero ya hemos demostrado que aun no se ha disipado toda la oscuridad que reinaba sobre esta materia, especialmente por lo que hace á la metritis puerperal.

»El artículo de Murat (*Dic. des sc. méd.*, tomo XXXIII, p. 269), las obras de Boivin y Duges (*Traité pratique des maladies de l'uterus*; Paris, 1833), de Naumann (*Handbuch der medicinischen klinik*, t. X, p. 5) y Lisfranc (*Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, t. II; Paris, 1842) contienen las mejores descripciones que se han hecho de la metritis simple. En cuanto á la puerperal, sólo se encuentra una historia incompleta en los tratados de partos, siendo preciso entresacar de las memorias acerca de la *fiebre puerperal*, lo que pertenece á la inflamacion del útero. Los escritos que pueden consultarse con mas fruto son los de Tonnelle

(*Des fievres puerperales observées à la Maternité pendant l'année*, 1829; Paris, 1830), Roberto Lee (*Researches on the pathology and treatment of some of the most important diseasses of women*; London, 1833), Voillemier (*Histoire de la fievre puerperale qui a regne epidemiquement à l'hôpital des Cliniques pendant l'année*, 1838, en *Journal des connaissances médico-chirurg*, 1840, t. VII) y Helm (*Traité sur les maladies puerperales*; Paris, 1840)» (Monneret y Fleury; *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, páginas 40-55).

ARTICULO SESTO.

Del reblandecimiento de la matriz.

»El reblandecimiento del útero es general ó parcial. El reblandecimiento general se manifiesta en la metritis aguda (V. Metritis) y principalmente en la fiebre puerperal (V. esta enfermedad). El reblandecimiento parcial acompaña á ciertos infartos del cuello uterino (véase Infarto), y se encuentra alrededor de las masas encefaloideas.

»Hánse abierto á veces cadáveres de mujeres que no habian muerto de enfermedad del útero, dice Andral, y no ha podido menos de causar admiracion encontrar este órgano con una palidez y una flacidez notables, con un tejido tan fácil de desgarrar como el del bazo, y reducido en ciertos puntos á una especie de pulpa medio líquida. Este reblandecimiento, ora es general, ora parcial, y en este último caso hay al mismo tiempo un adelgazamiento notable de las paredes del órgano. ¿Dependerá semejante lesion de un trabajo irritativo? ¿será consecutiva á una congestion sanguínea, ó se deberá mas bien á un estado de atonia? No podemos resolver estas cuestiones.

»Todavia hay otra especie de reblandecimiento del útero, que ataca mucho mas á menudo al cuello que al cuerpo, y en el que se encuentra trasformado el tejido del órgano en un putrílago muy fétido. Este reblandecimiento putrilaginoso es á veces la única lesion que se encuentra en el útero y puede ocupar: 1.º algunas líneas solamente de la parte mas esterna del cuello, sin que detrás se encuentre ninguna lesion; 2.º todo el cuello; 3.º cierta parte del cuerpo. ¿Será un estado gangrenoso? (Andral, *Précis d'anatomie patologique*, t. II, páginas 682–683; Paris, 1829)» (Monneret y Fleury; *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, página 383).

ARTICULO SETIMO.

De las ulceraciones del útero.

»Sinonimia.—*Ulceras*, *rubicundeces*, *granulaciones*, *erosiones*, *escoriaciones*, *ulceraciones*.

»Definicion y division.—Las úlceras uterinas son soluciones de continuidad no traumáticas, que se estienden en superficie y en profundidad, y que estan sostenidas por una causa general ó local. Como el trabajo ulcerativo se manifiesta á menudo en sus principios por *rubicundeces* ó *granulaciones*, comprenderemos en nuestra descripcion estos dos estados morbosos.

»Las úlceras uterinas se han dividido en *simples* ó *inflamatorias*, *tuberculosas*, *cancerosas* y *sifilíticas*: estas últimas no pertenecen a este lugar; las cancerosas se describirán mas adelante (V. cáncer del útero), y por lo tanto solo trataremos aqui de las dos primeras.

»Algunos autores han admitido tambien úlceras *escrofulosas*, *herpéticas*, *psóricas*, etc.; pero esta division se funda en una mala interpretacion de los hechos. Lo que hay de cierto es, que las úlceras simples pueden desarrollarse en mujeres linfáticas, escrofulosas ó afectadas de una enfermedad cutánea, etc. En tales circunstancias se modifican los caractéres y el curso de la úlcera; pero su naturaleza no varia (V. Curso).

A. **Ulceras simples.**—Síntomas.—Muy rara vez es llamado el médico á tiempo de observar como empieza el trabajo patológico que conduce á la ulceracion; sin embargo se puede decir que el punto de partida del mal, ora está en la mucosa, ora en los numerosos folículos del cuello uterino. En el primer caso la enfermedad empieza por una rubicundez morbosa; en el segundo por granulaciones.

»La *rubicundez* se presenta con tintes muy variados; pero en general no es tan subida ni tan violada, como el color que acompaña á la preñez ó que precede al flujo menstrual; ordinariamente está dispuesta por chapas aisladas, que difieren mucho por su número, estension y figura. Estas chapas, ora son discretas, ora confluentes y forman una ligera prominencia en la mucosa. Algunas veces en lugar de las chapas se encuentran unas manchitas rojas, semejantes á picaduras de pulga, y en este caso la mucosa del cuello uterino tiene un aspecto como de granito, muy marcado. Por ultimo, puede hallarse la rubicundez uniformemente esparcida por toda la superficie del hocico de tenca.

»La rubicundez es superficial ó profunda; cuando no pasa de la membrana mucosa, es ordinariamente fugaz, desaparece momentáneamente cuando se la comprime (*rubicundez critematosa*), y depende de una simple congestion sanguínea; la mucosa está inyectada, algo engrosada y mas ó menos reblandecida. Por lo demas, es fácil cerciorarse de que todavia no ha desaparecido el epitelium.

»Las rubicundeces profundas pueden ocupar un grueso mas ó menos considerable del tejido uterino; son permanentes y no desaparecen por la presion. Ora dependen de una flegmasia crónica, ora de una congestion sanguínea: en el primer caso el tacto manifiesta que está aumentada la consistencia del cuello; en el se-

gundo que está disminuida: el reblandecimiento puede ser muy notable (Lisfranc, ob. cit., t. III, p. 519-530).

»Las rubicundeces terminan frecuentemente por resolucion; pero á menudo tambien se trasforman en úlceras.

»Las *granulaciones* (*metritis granulosa, granulada, mamelonada, etc.*) se presentan, ora bajo la forma de elevaciones rojas, de un color de rosa vivo ó violado, algunas veces blanquecinas, duras, muy pequeñas, semejantes á granos de arena ó á la simiente de amapola (Boivin y Duges, ob. cit., t. II, página 533), á granos de mijo ó á cañamones (Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XXX, p. 255); ora bajo la forma de unos tumorcitos de apariencia vesiculosa, como pediculados, del volumen de una lenteja pequeña y aun de un guisante (Boivin y Duges), anchos, aplastados, blanquecinos y blandos; ora en fin, constituyendo verdaderos tuberculitos duros y confluentes (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 531).

»Las granulaciones uterinas estan ordinariamente aglomeradas, de manera que forman una ó muchas chapas redondeadas, elípticas ó irregulares, rugosas, con bordes bien marcados y á veces como hendidos: en ocasiones solo hay un anillo mas ó menos ancho que rodea el orificio del hocico de tenca. Es raro, dice Chomel, observar granulaciones aisladas ó diseminadas en grupos pequeños ademas de la mancha principal. Las granulaciones mas voluminosas estan ordinariamente separadas entre sí, y nosotros hemos visto muchas veces toda la superficie del cuello cubierta de granulaciones muy pequeñas, esparcidas irregularmente por la membrana mucosa.

»Rara vez terminan las granulaciones por resolucion; antes al contrario se ulceran casi constantemente. Chomel asienta con razon, que parece dependen de una hipertrofia de los numerosos folículos que tiene el cuello uterino, opinion que por otra parte ha justificado la anatomia patológica. Richet ha disecado con esmero el útero de una mujer, que presentaba muchas granulaciones, y ha probado que no eran otra cosa sino folículos mucíparos hipertrofiados y distendidos por una secrecion abundante, que en unos era todavia mucosa, y en otros habia pasado al estado purulento (Dumont, *Des granulations et ulcerations du col de l'uterus*, tés. de Paris, 1845, n.º 86, p. 18-19).

»*Ulceras.*—Las úlceras uterinas varian segun que las preceden rubicundeces ó granulaciones, á cuya distincion no han dado los autores la importancia que merece.

»*Ulceras precedidas de rubicundez, ulceracion mucosa, escoriacion, ex-ulceracion.*—Se levanta el epitelium y se desprende en toda la superficie de la chapa roja, ó solo en algun punto; la úlcera se forma, por decirlo asi, de una vez, ó bien circunscrita al principio invade poco á poco las partes inmediatas, de modo que cubre muy luego toda la estension de la chapa eritematosa. Queda entonces una superficie mas ó menos roja, que forma, ora una ligera prominencia, resultado del abotagamiento del cuerpo reticular, ora una ligera depresion procedente de la tumefaccion de los bordes. Muchas veces está la ulceracion casi á la misma altura que la mucosa, y solo se distingue de ella por su color, conociéndose apenas la elevacion de los bordes.

»La superficie ulcerada está tomentosa, blanda y humedecida por mucosidades mas ó menos abundantes; ó por el contrario lisa, suave, reluciente y como barnizada, seca y rugosa, presentando en diferentes puntos fisuras sanguinolentas ó cubiertas por una costra negra de sangre coagulada.

»Estas úlceras son siempre al principio *superficiales*, y resultan únicamente de la falta del epitelium: es muy raro que progresen en profundidad; pero se estienden particularmente en superficie. Cuando han estado abandonadas á sí mismas por algun tiempo, se cubren á menudo de pezoncillos carnosos, que ordinariamente crecen y forman unas prominencias pequeñas y blandas que dan sangre con facilidad.

»*Ulceras precedidas de granulaciones.*—Tienen dos modos muy distintos de desarrollarse. Cuando las granulaciones son pequeñas, duras, y estan aglomeradas constituyendo una chapa, se forma la úlcera como en el caso precedente por la elevacion del epitelium, y ofrece una superficie roja, sanguinolenta y rugosa, sembrada de ligeras asperezas, que se dibujan en el fondo mediante un color mas subido (*úlcera granulosa á manera de frambuesa*). La úlcera es *superficial* y abraza toda la estension de la chapa granulosa primitiva.

»Cuando las granulaciones son voluminosas, blandas y aisladas, resultan ordinariamente las úlceras, no de la elevacion del epitelium, sino de la supuracion de los folículos del cuello uterino. «Desarróllanse en muchos puntos del cuello del útero unas pustulitas, que en general son pequeñas, redondas, sin cambio de color ó con un matiz mas claro que el resto del cuello; estan formadas por el epitelium, levantado por un líquido, ora trasparente, ora purulento, y tienen generalmente el volumen de un grano de mijo. No tardan en romperse las pústulas, y entonces las remplazan unas úlceras redondeadas» (Boys (de Loury) y Costeilher, *Recherches cliniques sur les ulcerations du col de l'uterus*, etc., en *Gazete médicale*, 1845, p. 373).

»Las úlceras que siguen á las pústulas son pequeñas, redondeadas y aisladas: Lisfranc (*loc. cit.*, p. 535) ha contado mas de treinta en el hocico de tenca. Pero algunas veces la supuracion de los folículos da origen á una coleccion mas considerable (*aftas*, *flictenas*), y entonces las úlceras son menos numerosas y mas estensas.

»Las úlceras que acabamos de describir, se aproximan luego unas á otras, se reunen y no

forman mas que una sola deprimida y profunda, irregular, pardusca y con anfractuosidades, que segrega un líquido puriforme, y en cuya superficie se elevan algunas veces pezoncillos, fungosidades y vegetaciones, que dan sangre al mas leve contacto (*úlceras vegetantes*, *fungosas*). En otros casos se encuentran muchas prominencias redondeadas, del tamaño de un guisante, de un color mas ó menos subido, y de las cuales por medio de la compresion se puede hacer rezumar un líquido purulento. Estos tumorcitos estan formados por los folículos mucosos inflamados, y á veces dan lugar á abscesitos pequeños y á quistes llenos de materia puriforme» (Marjolin, *Dictionn. de méd.*, t. XXX, p. 265). Los bordes de la úlcera estan prominentes, irregulares, frangeados, duros ó reblandecidos.

»*Ulceras difteríticas.*—«Empiezan por rubicundez, y ademas el cuello, en los pocos casos que hemos observado, está al principio dolorido al tacto. Pocos dias despues se desarrollan en toda la superficie enferma unas chapitas de color blanco mate, rara vez amarillas, lisas y relucientes, que tienen diferentes formas, y mal circunscritas. Estas chapas, que no ofrecen media línea de grueso, estan muy adheridas al cuello, y en algunos casos es imposible desprenderlas en ninguno de sus puntos, y si se insiste en levantarlas, se hace salir gotitas de sangre de los bordes de la erosion. Al cabo de uno ó dos septenarios, rara vez mas, se caen estas chapas en todo ó en parte, y si no se forman otras nuevas, aparece la úlcera primitiva con todos los caractéres de una exulceracion, que no tiene ninguna gravedad y se cura muy fácilmente» (Boys (de Loury) y Costilhes, *loc. cit.*, p. 374).

»Por nuestra parte nunca hemos observado semejantes ulceraciones, ni encontrado en los autores nada que á ellas se refiera. Boys (de Loury) y Costilhes manifiestan que muy rara vez han encontrado estas úlceras, á que dan el nombre de *difteríticas*, y que no conocen las condiciones que presiden á su desarrollo.

»Sitio de las ulceraciones.—Las úlceras uterinas ocupan á menudo mas ó menos completamente todos los puntos del hocico de tenca; pero con mas frecuencia se observan solo en alguno de ellos; y en este caso interesan, enumerando los sitios por el órden de frecuencia, el labio posterior, la circunferencia del cuello y el labio anterior.

»Los alrededores del orificio son muchas veces el punto donde principia la úlcera; la cual en ocasiones penetra en la cavidad del cuello. Las granulaciones, segun Chomel, se desarrollan siempre en el orificio uterino, y desde este punto céntrico van estendiéndose al hocico de tenca.

»De veintiocho casos recogidos por Pedebidou-Mereyt (*Essai sur les ulcerations du col de l'uterus*, tés. de Paris; 1835, número 139, p. 10), en diez padecian en grado variable todas las partes del cuello; en ocho ocupaba la úlcera el labio posterior; en seis el orificio, y en cuatro el labio anterior.

»La mayor frecuencia de las úlceras en el labio posterior se ha atribuido al contacto del moco uterino con esta porcion del cuello; «pero, dice Pedebidou, para que las mucosidades segregadas por la matriz corriesen continuamente por el labio posterior, seria preciso que la mujer estuviese siempre acostada; y ademas en las que tienen una anteversion de la matriz, el labio anterior es el punto mas bajo, y no por eso deja de encontrarse la úlcera con igual frecuencia en el labio posterior.»

»Boys (de Loury) y Costilhes han descrito con el nombre de *úlceras lineares* y de *fisuras del cuello* unas soluciones de continuidad, que ocupan las comisuras del hocico de tenca, y que son producidas segun ellos por desgarraduras consiguientes á algun aborto ó parto (*loc. cit.*, página 387); pero nos parece que estos autores han exagerado mucho la frecuencia é importancia de estas fisuras, y por otra parte la descripcion que hacen de ellas prueba que no son en rigor otra cosa que ulceraciones de la cavidad del cuello uterino.

» Sintomas. — Las alteraciones funcionales producidas por las úlceras uterinas son muy variables: una úlcera superficial puede venir acompañada de accidentes muy intensos, mientras que otra profunda puede pasar casi desapercibida.

»*Sintomas locales.*—El dolor es ordinariamente mas vivo en los casos de rubicundeces, de granulaciones y de ulceracion superficial, que en los de úlceras profundas; es ardiente, continuo ó intermitente; se exaspera en las circunstancias que hemos indicado al principio de este artículo, y se irradia á las íngles, á los muslos y al hipogastrio. Las úlceras profundas vienen á veces acompañadas de dolores lancinantes.

»El *flujo* es viscoso, albuminoso, semitrasparente, cuando hay solo rubicundeces ó granulaciones; pero cuando se ha desarrollado ya una úlcera superficial, se hace mucoso, mas ó menos opaco y espeso; por último, en la úlcera profunda con vegetaciones ó fungosidades, es puriforme y sanguinolento. Rara vez se hace abundante el flujo, á no ser que la úlcera esté complicada con catarro uterino (V. Complicaciones).

»La menstruacion está á menudo desarreglada, alguna vez aumentada, pero ordinariamente disminuida y dolorosa. No se observa metrorragia propiamente dicha, á no ser que la ulceracion venga acompañada de reblandecimiento (V. Complicaciones); pero en muchos casos la progresion, la equitacion, el uso de carruages, el coito, los reconocimientos y la aplicacion del espéculum, provocan un ligero flujo de sangre. En algunas mujeres se verifica en los intervalos de las reglas un flujo sanguíneo mas ó menos abundante, y aun pueden salir cuajarones de volumen variable, mezclados con la sangre na-

turalmente líquida de las reglas (Chomel).

»Las granulaciones, segun Velpeau, se desarrollan á veces hasta en la cavidad del cuerpo del útero, dando entonces lugar á pérdidas frecuentes y abundantes (*Gaz. des hôpitaux*, página 311; 1846).

»Las granulaciones y las úlceras son una causa bastante frecuente de *esterilidad* (Lisfranc, Gendrin y Emery), sobre todo cuando ocupan la cavidad del cuello (Chomel).

»Las ulceraciones uterinas no son por sí mismas causa de aborto; pues hemos visto muchas mujeres, que tenian úlceras malignas, estensas y profundas, y que han llegado con felicidad al término natural de su preñez.

»No hablaremos de los síntomas *generales* y *simpáticos*, porque no podriamos hacer mas que repetir lo que ya hemos dicho al tratar de las enfermedades uterinas consideradas en general. Solamente recordaremos, que los fenómemenos simpáticos son á veces las únicas alteraciones funcionales que revelan la existencia de las úlceras uterinas.

»CURSO, DURACION, TERMINACION. — El curso de las úlceras de la matriz es por lo comun regularmente progresivo; pero si no hay complicaciones generales ó locales, es lento; de manera que en muchas mujeres existe manifiestamente la enfermedad largos años sin grave compromiso de la salud. Pero no sucede lo mismo cuando tienen las enfermas una constitucion deteriorada, cuando está reblandecido el cuello, etc.; pues en tales casos las úlceras progresan con rapidez; dan lugar á un flujo abundante, á hemorragias, á alteraciones nerviosas graves, al enflaquecimiento, etc.

»La curacion espontánea es rara, aun en las rubicundeces y úlceras superficiales (*exulceracion*) que les suceden. En cuanto á las granulaciones y á las úlceras profundas exigen siempre los recursos del arte, y no creemos como Gibert, que se puedan curar sin la intervencion de ningun tópico (Gibert, *Sur les ulcérations du col de la matrice et sur l'abus du speculum uteri dans le traitement de cet maladie*, en *Revue médic.*, t. IV, p. 321-322; 1837).

»Casi siempre se obtiene la curacion de las úlceras por medio de un tratamiento local bien dirigido, y no se hace esperar mucho este favorable resultado, cuando la mujer se encuentra en buenas condiciones higiénicas, cuando su constitucion es buena, satisfactorio su estado general, y la úlcera no está complicada con otra enfermedad uterina. No sucede lo mismo en circunstancias opuestas: en las mujeres linfáticas, escrofulosas, en las que padecen enfermedades de la piel, en las anémicas, debilitadas ó muy flacas, se cura el mal con mucha dificultad, á pesar de las medicaciones mejor dirigidas; se estienden las úlceras; se hacen mas profundas; no se desarrollan los pezoncillos carnosos, ó bien crecen demasiado y se hacen fungosos y sanguinolentos; la superficie de las llagas se pone parduzca y de mal aspecto; los bordes estan gruesos, reblandecidos ó duros, y vueltos hácia fuera (*úlceras escrofulosas y herpéticas de los autores*). Tambien suele ser muy rebelde la enfermedad, cuando viene acompañada de catarro uterino, de un infarto considerable, de reblandecimiento ó de dislocacion (V. COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO).

»En general bastan tres á seis meses, segun Lisfranc, para conseguir la curacion de las úlceras simples del cuello del útero; pero hay casos en que se verifica mucho mas pronto ó infinitamente mas tarde.

»No admitimos que las úlceras uterinas simples puedan trasformarse en cancerosas, y mas adelante nos esplicaremos con estension acerca de este punto (V. CÁNCER DEL UTERO).

»DIAGNÓSTICO.—La esploracion directa es la única que nos puede dar á conocer con certeza la existencia de las úlceras uterinas.

»El *tacto* es un medio infiel cuando la ulceracion es superficial, é insuficiente si es profunda.

»No obstante, preciso es decir que el dedo indica la presencia de las granulaciones en razon de las prominencias que forman en la mucosa.

»Solo el *espéculum* puede revelar con esactitud el sitio, la estension y profundidad, como igualmente los caractéres de la solucion de continuidad, y no debe vacilarse en aplicarle, siempre que los síntomas locales ó generales y los signos racionales induzcan á sospechar la existencia de úlceras uterinas. Nos cuesta trabajo comprender, que un práctico de mucho mérito se haya atrevido á formular la siguiente prosicion: «*No solo es inconveniente*, *sino inútil y peligroso* (á escepcion de los casos de sífilis) recurrir á la esploracion directa por medio del *especulum uteri*, cuando no hay *síntomas locales* que hagan sospechar la existencia de alguna lesion de la matriz. Y no bastan los accidentes histéricos ó histeriformes, ni los dolores abdominales variados, si no hay, repito, *síntomas locales* que motiven el uso del espéculum» (Gibert, *loc. cit.*, p. 321).

»La aplicacion del espéculum bien dirigida nunca será *inconveniente*, y no seria *inútil* aunque solo proporcionara resultados negativos. Tampoco puede ser *peligrosa*.

»La gazmoñeria no es decencia: rara vez se niegan las mujeres á un examen completo, cuando el médico ha sabido conservar la dignidad del caracter de que está revestido, é inspirar confianza á su enferma; de modo que esta no tenga derecho para abrigar la menor sospecho acerca de los motivos que dicten su conducta.

»Si el práctico cree necesario para ilustrarse esplorar la matriz, debe proponer la aplicacion del espéculum; indicar las razones en que para ello se funda; insistir, y en caso de negativa hacer intervenir á los parientes ó amigos de la enferma.

»Gibert reconoce (*loc. cit.*, p. 307) que pue-

den existir alteraciones del cuello del útero sin dar lugar á ningun síntoma local, y sin embargo dice mas adelante que solo los síntomas locales pueden justificar el uso del espéculum. Pudiera una mujer padecer alteraciones nerviosas ó digestivas graves y un enflaquecimiento progresivo, resistiéndose su enfermedad á muchas medicaciones, y ¿no seria permitido aplicar el espéculum, cuando está demostrado que todos estos fenómenos morbosos pueden no reconocer otra causa que una úlcera de la matriz?

»Las úlceras uterinas estan cubiertas á veces de mucosidades mas ó menos espesas y adherentes; por lo que siempre es preciso limpiar el cuello con cuidado antes de formar un juicio definitivo.

»Las úlceras del orificio y de la cavidad del cuello estan á menudo ocultas por la hinchazon y la aproximacion de los labios del hocico de tenca; por lo que hay necesidad de separarlos, ora apoyando el instrumento en la base del órgano, ora introduciendo en la cavidad del cuello las ramas de las pinzas de anillos, el mango del pincel ó de la esponja de limpiar, etc.

»Una cicatriz reciente y roja pudiera confundirse en el fondo del espéculum con las erosiones muy superficiales y viceversa; pero se sale de dudas frotando la parte con el pincel. Efectivamente, si el instrumento sale manchado de sangre, hay una superficie denudada, y si por el contrario no presenta ninguna mancha roja, no existe mas que una cicatriz» (Lisfranc).

»El pronóstico no es grave; pero varia segun la antigüedad, la profundidad y los caractéres de la ulceracion, la constitucion del sugeto, las complicaciones, etc. El infarto es una circunstancia desfavorable, principalmente cuando el tejido uterino está endurecido ó reblandecido: las dislocaciones hacen mas lenta la cicatrizacion, y muchas veces dan lugar á recidivas.

»Complicaciones. — En el mayor número de casos vienen las úlceras uterinas acompañadas de catarro y de infarto; pero ¿cuáles son los lazos que unen entre sí estas diferentes lesiones?

»Dice Gosselin que las úlceras, el infarto y el catarro, son siempre efecto de una *metritis crónica* que empieza por la afeccion catarral, fundándose: 1.° en que estas alteraciones apenas se manifiestan mas que en las mujeres que han tenido hijos; 2.° en que el parto y el aborto dan lugar á accidentes, cuyo origen es necesariamente la superficie interna de la matriz; 3.° en que todos los fenómenos morbosos pueden referirse al catarro uterino, puesto que se los ve sobrevenir cuando este existe solo sin ulceracion, y por el contrario no se presentan cuando existen las úlceras sin catarro. Al cabo de algun tiempo, añade, el tejido del cuello y quizá el del cuerpo toman parte en la irritacion; se infartan, y por último sobrevienen úlceras. Esta doctrina ha decidido á Gosselin á manifestar, que en su opinion la úlcera no da lugar á accidentes especiales; que en la mayor parte de casos no merece el nombre de enfermedad, y que la terapéutica apenas tiene que ocuparse de ella, pues una vez disipados el catarro y el infarto del cuello, se cura tambien la ulceracion como consecuencia que es de dichas enfermedades (Gosselin, *De la valeur symptomatique des ulcerations du col uterin*, en *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 123; 1843).

»El conocido mérito del autor, y la habilidad con que ha espuesto y apreciado los hechos, exigen que refutemos su opinion séria y circunstanciadamente.

»Se ha exagerado singularmente á nuestro parecer la influencia del parto en el desarrollo de las alteraciones de la matriz. *Post hoc, ergo propter hoc*, es un raciocinio que en medicina da margen á infinitos errores.

»Es mucho mayor el número de las mujeres que han tenido hijos, que el de las vírgenes ó estériles, puesto que la mayor parte llegan á ser madres desde la edad de veinte años ó antes: ¿será pues estraño que las alteraciones de la matriz se manifiesten con mas frecuencia en mujeres que hayan tenido un parto ó un aborto? Raciocinando como Gosselin, habria que admitir que el cancer uterino depende tambien de una metritis crónica consecutiva á un parto ó á un aborto.

»Sucede á menudo, que no se desarrollan las alteraciones de la matriz hasta muchos años despues del parto ó del aborto. ¿Podrá admitirse en estos casos una relacion de dependencia entre las unas y los otros? ¿Se ha demostrado que tales alteraciones sobrevengan inmediatamente despues del parto ó del aborto, ni establecido con claridad la sucesion y filiacion de las lesiones y de los síntomas?

»Las alteraciones de la matriz en mujeres que no han tenido hijos, son mucho mas frecuentes que lo que cree Gosselin; y respecto de este punto la práctica civil difiere singularmente de la de los hospitales. Todos los médicos que se han ocupado de las enfermedades del útero, como Recamier, Lisfranc, Jobert, Emery, Gendrin, Chomel, etc., hablan de recien casadas, en quienes no se ha verificado la concepcion hasta despues de muchos años de matrimonio, porque estaban padeciendo infartos, granulaciones ó úlceras de la matriz (V. Bennet, *Des ulcerations et engorgements du col uterin* en *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. XI, p. 178). Nosotros hemos observado tambien algunos hechos de esta especie.

»Las úlceras simples sin catarro ni infarto no son tan raras como dice Gosselin.

»El catarro simple se observa con mucha frecuencia y puede existir largos años sin producir infarto ni úlcera. Lo mismo puede decirse del infarto.

»El catarro y el infarto suceden á menudo á la úlcera, y esta filiacion es evidente, pudiéndose comprobar de un modo indudable. Vemos á las granulaciones y las úlceras estenderse poco á poco hasta el orificio del cuello, é invadir por último la cavidad del mismo, producien-

dose y aumentándose el infarto, mientras persiste ó hace progresos la ulceracion (V. Bennet, *loc. cit.*, p. 227 y sig.).

»Si Gosselin (*loc. cit.*, p. 131) ha notado en seis casos de úlceras simples, consecutivas á una vaginitis, la falta de hinchazon del cuello, de catarro, de dolores, de fiebre y de todos los síntomas que acompañan habitualmente á los diferentes estados patológicos del útero, y con particularidad al catarro uterino; otros observadores han visto sobrevenir todos estos síntomas á consecuencia de una ulceracion simple. Por otra parte, esto nada prueba respecto de la patogenia.

»Cuando Gosselin (*loc. cit.*, p. 142) censura á los prácticos, que en los casos de úlceras complexas descuidan completamente el catarro y el infarto, para no ocuparse mas que de la ulceracion, imaginándose haber conseguido el fin en cuanto ven cicatrizada la solucion de continuidad, tiene efectivamente razon; pero le falta enteramente, cuando se lanza al estremo opuesto, manifestando que debe descuidarse completamente la úlcera para ocuparse solo del catarro.

»Muchas veces, cuando el infarto es consecutivo y *no hay induracion*, desaparecen espontáneamente el catarro y el infarto *algun tiempo despues* de la cicatrizacion de la úlcera, obtenida con el auxilio de un tratamiento local, dirigido esclusivamente contra esta última lesion. Podemos asegurar, que no verá Gosselin muchas veces cicatrizarse una úlcera á consecuencia de un tratamiento, dirigido esclusivamente contra el catarro, y compuesto de inyecciones emolientes, baños, sangrias generales, derivativos al conducto intestinal y cataplasmas emolientes al vientre (*loc. cit.*, p. 144). La buena terapéutica, como dice con razon Bastien (tés. cit., p. 21), consiste en atacar al catarro, á la úlcera y al infarto, sin descuidar ninguna de estas afecciones.

»No se infiera de lo dicho, que creemos que la úlcera es siempre primitiva y nunca efecto del catarro ó del infarto: si combatimos la doctrina de Gosselin es solo porque nos parece demasiado absoluta (V. Etiologia).

»Las úlceras se presentan con los caractéres que hemos indicado, cuando la consistencia del tejido uterino es normal ó está aumentada (*infarto con induracion*); pero no sucede lo mismo cuando está disminuida (*infarto con reblandecimiento*). En este caso las úlceras son mas estensas, mas profundas, mas irregulares, tortuosas, fungosas y negruzcas; serpean por ellas vasos como varicosos; dan sangre al menor contacto, y muchas veces ocasionan hemorragias abundantes y repetidas (*ulceraciones escorbúticas*, *úlceras varicosas* de algunos autores) (V. *infarto con reblandecimiento*).

»Las úlceras complicadas con infarto se acompañan muchas veces de dislocacion, y entonces la cicatrizacion es mas lenta y mas difícil de conseguir

»B. **Ulceras tuberculosas** (*escrofulosas* de algunos autores). Son mas raras de lo que se cree, y nos parece evidente que se han tomado á menudo por tubérculos folículos supurados. Hé aquí los caractéres que se les han señalado.

»Resultan las úlceras de la fusion de los tubérculos que ocupan el cuello uterino. La materia reblandecida, y de consistencia como caseosa, se forma primero una aberturita por donde sale mediante la presion del espéculum; estas aberturas fistulosas se ensanchan poco á poco, y la salida de la materia tuberculosa deja desocupado el foco, bajo la forma de una escavacion cuyo fondo es parduzco y descolorido. La materia puriforme que fluye de estas úlceras tiene un olor desagradable, pero diferente del de las cancerosas.

»De la reunion de muchos focos resulta ordinariamente una úlcera estensa con bordes franjeados y desiguales, que podria calificarse de carcinomatosa, si no ofreciese la materia tuberculosa y no fuera mas fácil de cicatrizar (Duparcque, *loc. cit.*, p. 394. Lisfranc, ob. cit., t. III, p. 548. Pauly, *loc. cit.*, p. 361 y Bastien, tés. cit., p. 29).

»Etiologia de las ulceras uterinas.—*Causas predisponentes.*—«En las mujeres que no se han entregado á los placeres sexuales y que estan regladas todavia, dice Lisfranc, todas las *edades* me han parecido igualmente espuestas á las úlceras del útero. Los *temperamentos*, las fuerzas ó la debilidad de la *constitucion*, no indican tampoco, segun mis observaciones, diferencia alguna en la mayor ó menor frecuencia de la enfermedad.»

»Sin embargo, la mayoria de los autores consideran con razon al temperamento linfático como una causa predisponente. Tambien se incluyen en la misma categoria la longitud del cuello uterino, la estrechez de la pelvis y de la vagina, la poca profundidad del conducto útero-vulvario, la relajacion del útero, los malos alimentos, el habitar en sitios bajos y húmedos, la permanencia en las poblaciones grandes y las afecciones morales tristes.

»Lisfranc da mucha importancia á la predisposicion congénita. «Si existe, dice, en algun caso *influencia hereditaria*, es precisamente en la produccion de las úlceras que *aun no son carcinomatosas*» (*loc. cit.*, p. 538). Pero esta asercion se funda en la opinion que profesa Lisfranc, de que la úlcera simple puede transformarse en cancerosa. Nosotros creemos que semejante predisposicion solo está demostrada respecto del cancer. Sin embargo, acaso tenga algun influjo en el desarrollo de las úlceras simples, en el sentido de que puede la madre trasmitir á sus hijas las disposiciones orgánicas que antes hemos enumerado, cuales son: la estructura de la pelvis y de la vagina, la longitud escesiva del cuello, etc.

»*Causas determinantes.*—La mayor parte de

los autores, y principalmente Gosselin, Laures, Bennet, Boys (de Loury) y Costilhes, colocan entre las primeras el *parto*, y sobre todo el *aborto* espontáneo ó provocado. Ya hemos manifestado nuestra opinion acerca de este punto (V. *Complicaciones*); pero debemos repetir aqui, que solo hemos querido combatir la exageracion. La influencia de estos modificadores es real en muchos casos, y no puede ponerse en duda cuando vemos formarse una úlcera inmediatamente ó poco tiempo despues de un parto ó de un aborto. En tales circunstancias casi siempre empieza la úlcera por el orificio ó por la cavidad del cuello.

»Lisfranc no ha observado que el *abuso del coito* contribuya al desarrollo de las úlceras uterinas (*loc. cit.*, p. 537); sin embargo, esta causa ejerce una accion muy poderosa y manifiesta, cuando el cuello está primitivamente infartado ó reblandecido; cuando el útero se halla relajado ó el conducto útero-vulvario es muy corto ó desproporcionado con el miembro viril.

»Los *cuerpos estraños*, como tapones, esponjas ó pesarios, y la masturbacion vaginal, son causas bastante frecuentes de úlceras uterinas.

»La *anteversion* y la *retroversion* pueden dar lugar á ulceraciones en razon de los frotes á que esponen al hocico de tenca. La anteversion viene casi siempre acompañada de úlcera, lo que debe atribuirse á la presion que ejerce en el cuello el intestino recto, distendido por materias estercoráceas, duras y abundantes.

»La *dismenorrea* y la *amenorrea* se han colocado entre las causas mas comunes y mas enérgicas. Sin embargo, no pueden producir por sí mismas la ulceracion; la cual debe referirse al estado morboso (*infarto*, *congestion*, *dislocacion*, etc), de que es síntoma el desarreglo menstrual.

»La *leucorrea*, cualquiera que sea su naturaleza, se cree que puede dar lugar al desarrollo de úlceras por el contacto del humor, mas ó menos irritante, con el cuello uterino.

»La vaginitis es tambien una causa frecuente de úlceras superficiales.

»TRATAMIENTO.—*Tratamiento local.*— No tememos afirmar, á pesar de las aserciones de Gibert y de Gosselin, que casi siempre es indispensable el tratamiento local para la curacion de las úlceras del útero. Nuestra opinion, conforme con la del mayor número de autores, se funda en hechos numerosos y perentorios, y si fuera necesario se podria apoyar en notables analogias. ¿No vemos que las aftas y las úlceras superficiales de la mucosa bucal reclaman ordinariamente la intervencion de los tópicos?

»No es indispensable, dice Lisfranc, tocar la mayor parte de las úlceras con algun cáustico? Las condiciones fisiológicas y anatómicas en que se encuentra la matriz nos suministran tambien argumentos de un valor incontestable. «La curacion espontánea de las úlceras uterinas es bastante rara: 1.º porque se oponen á ella los movimientos y roces á que esta sometido el órgano; 2.º porque el tejido uterino apenas cede á las tracciones, que ejerce la cicatriz en los bordes de la ulcera para reunirlos de la circunferencia al centro, y por consiguiente ha de cubrirse de tejido inodular toda la parte denudada; 3.º porque las materias segregadas corren por la llaga y bañan su superficie, irritándola siempre y reblandeciéndola» (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 579).

»Hay sin duda ulceraciones uterinas inflamatorias, mucosas y superficiales, que se curan espontáneamente, ó que solo exigen inyecciones emolientes ó baños locales; pero estos casos *son raros*. Tambien es cierto que algunas úlceras superficiales, consecutivas al catarro y al infarto del útero, se cicatrizan despues de curada la enfermedad primitiva; pero esta exige casi siempre una medicacion local, que ejerce al mismo tiempo su saludable influencia en la úlcera misma. Ya hemos dicho que no logrará Gosselin cicatrizar muchas úlceras uterinas por medio de las sangrias, las cataplasmas en el hipogastrio, los purgantes, etc.; á lo que podemos añadir, que tampoco conseguirá con mas frecuencia curar un catarro crónico ó un infarto con induracion ó reblandecimiento por el uso de los mismos medios (véase CATARRO é INFARTO).

»Cuando la úlcera es mucosa, superficial y reciente, basta por lo comun modificar ligeramente la vitalidad de los tejidos por medio de inyecciones astringentes ó tónicas ó de una cauterizacion ligera, ora con el nitrato de plata, ora con el nitrato ácido de mercurio, puro ó dilatado en agua; pero cuando es antigua, profunda, foliculosa, descolorida y sanguinolenta, es preciso recurrir á un tratamiento mas enérgico y mas constante.

»*Inyecciones.*—Las inyecciones son útiles como ayudantes: serán emolientes y narcóticas (*cocimiento de raiz de malvavisco*, *de simiente de lino*, *de yerba mora*, *de cabezas de adormideras*, *de beleño*, *líquidos laudanizados*, *etc.*), si la mucosa está roja, caliente, y si las enfermas tienen dolores agudos; serán astringentes ó tónicas (*cocimiento de rosas rojas de tanino*, *de nuez de agalla*, *de corteza de roble*, *de hojas de nogal*, *de cebada con miel rosada ó vinagre*, *vino*, *sulfato de alúmina*, *de zinc ó de cobre*, *etc.*), cuando la úlcera sea atónica, fungosa, sanguinolenta é indolente (*úlcera escorbútica*, *escrofulosa*).

»*Baños.*—Los baños tibios convienen en las mismas circunstancias que las inyecciones emolientes; pero es preciso cuidar de que no perjudique su accion debilitante. Lisfranc rechaza los baños de asiento y los semicupios.

»*Tapones.*—Algunos prácticos aplican á la superficie ulcerada tapones de hilas impregnadas en un líquido astringente, tónico, resolutivo, cáustico, ó bien cubiertos con una capa de pomada escitante, cicatrizante, etc.; pero

creemos con Lisfranc (*loc. cit.*, p. 578), que se debe proscribir esta medicacion, cuyo efecto mas seguro es irritar el órgano; y lo mismo decimos de las *fumigaciones* y de las *cataplasmas* vaginales.

»*Cauterizacion.*—Antes de estudiar los diversos agentes con que puede verificarse, debemos recordar algunos preceptos generales, que aunque vulgares, se olvidan á menudo.

»1.° No debe usarse la cauterizacion sino cuando esté claramente demostrada su necesidad, ya por los caractéres de la úlcera (úlcera profunda, sinuosa, sanguinolenta, tuberculosa, etc.), ya por la resistencia de la enfermedad á los demas medios curativos, ya por la presencia de una complicacion (catarro crónico, induracion, reblandecimiento).

»2.° La energia del agente ha de estar en relacion con la naturaleza de la úlcera.

»3.° La cauterizacion no debe repetirse, ni con intervalos muy cortos ni demasiadas veces.

»Muchos prácticos, preciso es decirlo, ignoran estas reglas tan sencillas aunque muy importantes, ó no hacen caso de ellas. Unos se apresuran á cauterizar cualquiera úlcera uterina, sin averiguar si algunos dias de quietud ó alguna inyeccion emoliente podrian bastar para lograr la cicatrizacion; otros proponen el hierro candente para una erosion superficial que basta tocar con el nitrato de plata, ó bien hacen muchas cauterizaciones superficiales é insuficientes en una úlcera en que se lograria el objeto inmediatamente echando mano del hierro. ¿Cuántas veces no se ha prolongado con esceso la duracion de una úlcera repitiendo las cauterizaciones en tales términos, que no se daba al tejido de la cicatriz tiempo para desarrollarse, ó se le destruia á medida que se iba formando? A estas faltas, á estos abusos deben dirigirse esclusivamente las inculpaciones que con tanta injusticia se han hecho á la cauterizacion.

»*Nitrato de plata.*—Puede usarse en las úlceras superficiales y en las granulaciones del hocico de tenca y de la cavidad del cuello. Recamier, Robert, Chomel y Lisfranc (*loc. cit.*, p. 585) le acusan de producir bastante á menudo flujos sanguíneos. La observacion nos ha demostrado la esactitud de esta asercion, que sostenemos contra las negativas de algunos autores, y á pesar de la imposibilidad de esplicar este fenómeno de un modo satisfactorio.

»*Nitrato ácido de mercurio.*—Este cáustico, propuesto por Recamier, se ha empleado con preferencia por Lisfranc (*loc. cit.*, p. 584), Jobert (*Mem. sur la cautérisation en géneral*, en *Traité des plaies d'armes à feu*, p. 403; Paris, 1833), y Emery (*Des affections du col de l'uterus et de leur traitement*, en *Bull. de Therap.*, t. IX, p. 149; 1835). Su uso es casi general en el dia en los casos de úlceras simples y superficiales de buen aspecto. Se aplica puro ó dilatado en agua, segun las indicaciones.

»El procedimiento operatorio es muy sencillo: se empapa en el cáustico un pincel de hilas ó una esponja muy pequeña cortada en forma de cono, y se aplica á la superficie ulcerada. Inmediatamente despues se echa agua casi fria en el espéculum, para impedir que caiga alguna gota del cáustico en el conducto útero-vulvario, donde produciria dolores violentos y muchas veces de larga duracion.

»La cauterizacion por el nitrato ácido de mercurio ha ocasionado algunas veces salivacion. Este hecho, impugnado al principio por algunos autores, no puede ser ya objeto de duda. Hardy ha comprobado que la estomatitis sobreviene ordinariamente la tarde del dia en que se ha hecho la cauterizacion, y algunas veces tres ó cuatro horas despues de aplicada la sal mercurial. En el mayor número de casos son muy ligeros los accidentes, y se limitan á un sabor metálico, á algunos dolores en las glándulas salivales ó en las mandíbulas, y á un tialismo poco abundante; pero tambien pueden sobrevenir síntomas mas graves, como el reblandecimiento de las encias, úlceras, etc. (Hardy, *De l'emploi des caustiques dans le traitement des affections du col de l'uterus*, tés. de Paris, 1836, n.° 96, p. 12).

«He observado este accidente en doce enfermas, dice Hardy, y nunca le he visto sobrevenir sino despues de la primera cauterizacion; las mujeres que le habian padecido, esperimentaban todavia un ligero ataque despues de la segunda; pero nada sentian á la tercera ni á las siguientes. De manera que ¡cosa singular! en la salivacion determinada por las preparaciones mercuriales tomadas por la boca ó administradas en fricciones, la estomatitis no sobreviene hasta que se abusa de estos medicamentos, cuando la economia está, por decirlo asi, saturada de mercurio; y por el contrario aqui se observa al principio y despues cesa, como si en contraposicion con los hechos precedentes, la economia, lejos de fatigarse, se habituara al medicamento y se hiciera refractaria á su accion» (*loc. cit.*, p. 13).

»El hecho que Hardy encuentra tan singular, nos parece por el contrario muy natural y susceptible de una esplicacion completamente satisfactoria. Cuanto mas se modifica por la cauterizacion la superficie ulcerada, menos activa es en ella la absorcion, y se concibe que deje de efectuarse despues de la segunda aplicacion. El fenómeno observado por Hardy está en armonia con lo que sucede en la medicacion endérmica: la absorcion es muy activa en la superficie que se acaba de poner al descubierto, y casi nula al dia siguiente. Asi pues no se contradice la naturaleza, ni se habitúa la economia á la accion del medicamento, sino que deja de esperimentarla por las modificaciones que recibe.

»*La tintura cáustica de iodo* (R. de iodo y de ioduro de potasio àà. 20 partes; de agua destilada 40) se ha usado á menudo por Cullerier, quien asegura haber logrado con ella los mas felices resultados (*Gaz. des hôpitaux*, 1844, página 531).

»Cuando la úlcera es antigua, rebelde, profunda, pálida y fungosa; cuando se necesita obrar enérgicamente y destruir las partes endurecidas, son insuficientes los cáusticos que acabamos de indicar. En estos casos se han usado los ácidos *nítrico* (Emery), *sulfúrico*, *clorhídrico*; *los cloruros de antimonio*, *de oro*, *de platino*, *de bismuto* y *de estaño*; la *potasa cáustica* (Dupuytren), *la pasta de Viena* (Gendrin); y se han obtenido buenos resultados con cada uno de estos agentes, entre los cuales nos costaria trabajo elegir.

»*Hierro candente.*—Jobert es quien ha introducido el cauterio actual en la terapéutica de las úlceras *no cancerosas* de la matriz. Ya hemos dicho cuán ventajoso es este medio, y que no merece los ataques de que ha sido objeto (V. Infarto de la matriz); pero nos resta manifestar; que en muchos casos de úlceras uterinas es un recurso heróico, y el único que puede proporcionar una curacion completa, definitiva y casi constante.

»Nadie ignora cuántas dificultades ofrece el tratamiento de las úlceras acompañadas de un infarto primitivo. Efectivamente, la úlcera sostiene el infarto y le hace rebelde á las medicaciones que se dirigen contra él; y por otra parte el infarto se opone á la cicatrizacion de la úlcera, y contraindica la cauterizacion superficial. Pero el hierro candente nos permite salir de este círculo vicioso, porque cura al mismo tiempo el infarto y la úlcera.

»Creemos pues que el uso del cauterio actual está indicado:

»1.° En las úlceras antiguas, profundas, fungosas, llenas de vegetaciones, sanguinolentas, pálidas, de mal aspecto, con alteracion de la consistencia del tejido uterino ó sin ella.

»2.° En las úlceras acompañadas de infarto considerable con induracion ó reblandecimiento (V. Infarto del utero).

»Estas proposiciones se fundan en lo que nos ha enseñado la observacion personal y el atento estudio de los hechos que refieren Jobert (*Rech. sur la disposition des nerfs de l'uterus*) y sus discípulos Laures (tés. cit.) y Bastien (tésis citada.

»La cauterizacion, cualquiera que sea el agente que se emplee, produce al cabo de dos ó tres horas fenómenos locales y simpáticos de variable intension, dolores en la matriz y en las íngles, ardor en el útero, deseos frecuentes de orinar, convulsiones histeriformes, vómitos y diarrea (Hardy, tés. cit., p. 15). Estos accidentes se calman con inyecciones emolientes, cataplasmas en el hipogastrio, baños tibios y medicamentos antiespasmódicos: en general son muy ligeros y faltan muchas veces.

»A las 24 ó 48 horas de la cauterizacion se aumenta el flujo, y a veces se hace sanguinolento; pero al cabo de dos ó tres dias disminuye y empieza á desprenderse la escara. Esta se elimina, ya de una vez, ya á pedazos, en un tiempo variable, segun la intension de la cauterizacion y el estado del tejido uterino, y en razon de circunstancias individuales cuya naturaleza nos es desconocida.

»La caida de la escara deja descubierta una superficie viva, roja y mas ó menos animada.

»Si al cabo de algunos dias conserva la úlcera buen aspecto, y se desarrollan pezoncillos carnosos, es inútil recurrir otra vez á una cauterizacion *profunda*, pues bastarán las *superficiales* para activar en algun punto el trabajo de cicatrizacion, y para reprimir los pezoncillos exuberantes. Por el contrario, si no se ha modificado el aspecto de la úlcera, si los tejidos no se animan y continúan pálidos y sin cubrirse de pezoncillos carnosos, es preciso cauterizarla otra vez con mayor energia que antes, y renovar la operacion hasta que empiece la cicatrizacion.

»Es imposible dar una regla general acerca del número de cauterizaciones que conviene hacer, y el tiempo que ha de mediar entre unas y otras; pues á veces bastarán dos ó tres de las superficiales; al paso que en ocasiones serán necesarias diez, doce (Emery) ó veinte (Marjolin). Hemos visto ceder á una sola aplicacion del cauterio actual úlceras muy graves; pero otras veces se han necesitado tres, cuatro ó seis (Laurés, tés. cit.). Ora deberá repetirse la operacion cada ocho dias, y aun cada tres ó cuatro; ora habrá que dejar pasar quince dias, tres semanas, y hasta uno ó dos meses; arreglándose siempre á las modificaciones que esperimente la úlcera y al curso de la cicatrizacion, y cuidando de respetar el tejido nuevamente formado.

«Despues de la cauterizacion, dice con razon Hardy, se forma una escara, cuya caida deja una ulcerita. Si en vez de dejarla cicatrizar tranquilamente la cauterizamos de nuevo, formaremos una nueva escara y despues otra llaga, cayendo asi en un círculo vicioso y alejando indefinidamente el término del mal» (tésis cit., p. 25).

»*Tratamiento general.*—El tratamiento general se descuida con demasiada frecuencia. El estado pletórico retarda á veces la cicatrizacion, y entonces se consiguen buenos efectos con una sangria. Pero mas á menudo persiste la úlcera, ó se reproduce, bajo la influencia de la anemia, de una constitucion debilitada, deteriorada, de las escrófulas ó del escorbuto (*úlceras diatésicas* de los autores alemanes), y de nada sirve el tratamiento local, si no se combate la causa general por los tónicos, los ferruginosos, los amargos, las preparaciones iódicas, un alimento reparador, un ejercicio moderado, los baños de mar, etc.

»*Tratamiento de las complicaciones.*—Las úlceras uterinas vienen á menudo acompañadas de congestion, de catarro, de infarto y de dislocacion, y en tales casos conviene dirigir un tratamiento activo contra estas complicaciones. Algunas veces, cuando la complicacion es primitiva, basta hacerla desaparecer para lograr

la curacion de la úlcera, y otras tambien va seguida la cicatrizacion de esta de la resolucion del infarto; pero por lo regular hay que atacar á un tiempo ó sucesivamente las diferentes alteraciones, oponiendo á cada una de ellas la medicacion conveniente.» (MONNERET y FLEURY, *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, p. 383-392).

ARTICULO OCTAVO.

De los tubérculos de la matriz.

»Rara vez se deposita en el útero la materia tuberculosa; Louis solo la ha encontrado una vez; Duparcque ha referido tres casos de semejante enfermedad (*loc. cit.*, p. 365 y sig.) Guersant, Senn y Blache han observado muchos (*Sur l'affection tuberculeuse de l'uterus*, en *Arch. gén. de méd.*, t. XXVII, p. 282; 1831).

»Los tubérculos del útero se presentan con sus caractéres conocidos; los del cuello son mas frecuentes que los del cuerpo, y pueden dar orígen á las úlceras de que nos hemos ocupado en el artículo anterior» (MONNERET y FLEURY, *Compendium*, etc., t. VIII, p. 383).

ARTICULO NOVENO.

Del cáncer de la matriz.

»DEFINICION.—El cáncer uterino puede definirse genéricamente con Boivin y Duges, diciendo que es una afeccion que convierte en su propia trama la estructura de la matriz, y propende naturalmente á aumentarse y á destruirse por ulceracion; á lo que añadiremos, que para nosotros el cancer está caracterizado esencialmente por el desarrollo de un líquido heterólogo.

»El útero es entre todos los órganos de la mujer el que está mas espuesto al cáncer, pues de 700 mujeres afectadas de degeneracion cancerosa han visto Boivin y Duges que la enfermedad ocupaba la matriz 409 veces.

»DIVISION.— Prescindiendo de las divisiones anatómicas, el cáncer uterino se ha distinguido en cáncer *no ulcerado*, *seco*, *oculto*, y en ulcerado ó ulceroso; cuya division es importante para la sintomatología y el diagnóstico.

»ANATOMIA PATOLÓGICA.—Se han encontrado en la matriz todas las formas de la degeneracion cancerosa: el escirro, *cáncer tuberoso*, de Boivin y Duges, el *encefaloides* y las formas conocidas con los nombres de *cáncer fungoso*, *cáncer hipersarcósico* (cáncer sanguíneo de Duparcque). Estas alteraciones se presentan con sus caractéres anatómicos conocidos (V. CANCER EN GENERAL), y solo indicaremos aquí un corto número de particularidades.

»El cáncer ocupa, ora el hocico de tenca, ora el cuerpo del útero, ora las dos partes á la vez; pero en el mayor número de casos se encuentra primitivamente en el cuello. «Son muy raros los casos en que invade el cuerpo desde el principio permaneciendo el cuello intacto» (Marjolin). Al principio y durante un tiempo mas ó menos largo y muy variable, puede circunscribirse en límites muy reducidos, limitándose por ejemplo á uno de los labios del cuello, á una estension pequeña del fondo ó de una de las caras del cuerpo del útero. Cuando ha empezado ya su curso invasor, abraza rápidamente la mayor parte del órgano, y muchas veces se estiende á las partes inmediatas: no obstante, puede permanecer parcial hasta el fin. En un caso referido por Boivin y Duges el labio posterior del hocico de tenca formaba por sí solo un tumor canceroso que tenia tres pulgadas y media de grueso y cuatro pulgadas de ancho (ob. cit., t. II, p. 49). Lisfranc no ha visto nunca invadida de cáncer la totalidad de la matriz (*loc. cit.*, p. 607).

«Bayle y Lisfranc (ob. cit., t. III, p. 597) aseguran que el cáncer uterino empieza *casi siempre* por úlceras, que al principio son simples; y Marjolin, por el contrario, dice «que la úlcera sin infarto prévio *de mala naturaleza* no debe incluirse entre las formas primitivas del cáncer.» Las úlceras son en su concepto una forma secundaria, una consecuencia inevitable de esta enfermedad (*Dict. de méd.*, t. III, p. 274; 1846).

»No es facil decidirse entre estas dos opiniones contradictorias. Sin embargo, Lisfranc no ha querido decir que una úlcera simple sea ya en ciertos casos un cáncer, sino que un infarto primitivo simple, esté ó no ulcerado, puede trasformarse en un infarto canceroso con ulceracion ó sin ella. Esta doctrina cuenta numerosos partidarios, y en otro lugar hemos desarrollado los argumentos en que se apoya (véase CANCER EN GENERAL).

»Marjolin (*loc. cit.*, p. 273) establece cuatro formas orgánicas primitivas.

»1.° El cáncer empieza por muchos tumorcitos, duros, circunscritos y redondeados, del volumen de un guisante ó de una avellana, de color rojo ó leonado, surcados por vasos superficiales, indolentes por mas ó menos tiempo aunque se los toque, con propension á estenderse en anchura y en profundidad.

»2.° El cáncer consiste al principio en un infarto esencialmente escirroso, de una dureza notable, desigual, abollado. El cuello del útero parece arrugarse; disminuye á veces de volumen en lugar de aumentarse, y á consecuencia de la retraccion sobre sí mismo que esperimenta, está muy abierto su orificio, antes de que su tejido se haya destruido por la ulceracion.

»En estas dos primeras variedades de escirro uterino se estiende el infarto con bastante rapidez á las partes inmediatas, y no tardan en presentarse ulceraciones.

»3.° Estan hinchados uno ó los dos labios del cuello, ya tan solo en las inmediaciones de su orificio, ya en una estension mas considerable. El infarto tiene una consistencia desigual en sus diferentes porciones; es ordinariamente

blando cerca de su superficie, mientras que en su base es duro y aun abollado. Los labios del hocico de tenca infartados se redoblan hácia fuera; el epitelium se cae al cabo de algun tiempo, pudiéndose entonces confundir la enfermedad con un infarto inflamatorio no canceroso, ligeramente ulcerado en su superficie y susceptible de facil curacion.

»4.° El cuello uterino está generalmente hinchado, su densidad notablemente aumentada, su superficie desigual, y tiene un color rojo oscuro. Esta forma es la que produce mas á menudo el cáncer encefaloideo ó el cáncer fungoso sanguíneo.

»Reconocemos de buen grado la esactitud de las descripciones trazadas por Marjolin; pero debemos observar, que muchas veces es dificil distinguir, aun por medio de la diseccion mas minuciosa y atenta, la induracion simple del tejido uterino de su degeneracion cancerosa.

»Duparcque ha demostrado (*loc. cit.*, p. 245 y sig.) que los caractéres anatómicos diferenciales sacados de la forma (mamelonada, abollada, lisa ó suave), consistencia y color, no tienen valor alguno. A medida, dice, que la induracion es mas antigua, disminuyen y desaparecen las diferencias anatómicas que la distinguen del escirro, y esta es una de las razones que tienen muchos patólogos, para considerar estos dos estados, la induracion y el escirro, como dos grados de una misma enfermedad.

»Sea de esto lo que quiera, se puede señalar al tejido escirroso del útero los caractéres siguientes: tiene un color blanco, azulado ó parduzco; es semitrasparente, muy duro, resistente y cruje al cortarle con el escalpelo, y en su composicion apenas quedan vestigios del tejido propio de la matriz; la maceracion no modifica su consistencia; al paso que los tejidos en que solo hay induracion recobran por este medio su primitiva blandura.

»La materia encefaloidea tiene caractéres mas marcados que el escirro, y se encuentra infiltrada en masas enquistadas ó no enquistadas.

»No han descrito los autores el cáncer fungoso de un modo satisfactorio, y es de creer que se haya dado este nombre á diferentes fungosidades, vegetaciones y escrecencias, desarrolladas en la superficie de una úlcera cancerosa (V. Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 155 y sig.). Habiendo estudiado Valleix atentamente un caso de este género, despues de haber hecho macerar el útero por algunas horas para desembarazarle de la sangre de que estaba empapada la superficie de la lesion, encontró una base densa, y en la union de la parte sana con la enferma un tejido morboso que tenia los principales caractéres del escirro (*Guide du médecin praticien*, t. VIII, p. 500).

»Hooper describe el fungus hematodes del modo siguiente: «esta enfermedad se presenta en el útero bajo el aspecto de una sustancia blanda, vasculosa, fungosa, lobulosa y semejante á un cuajaron sólido, mezclado con porciones esponjosas y carnosas. Cuando se corta este tejido, se presenta en el sitio de la incision una superficie lisa como la de un coágulo de sangre ó de fibrina, y se ven redes vasculares manifiestas, y en algunos puntos una estructura fibrosa» (*The morbid anatomy of the human uterus*; Lóndres, 1832, en 4.°, p. 27). Duparcque, Boivin y Duges (*loc. cit.*, p. 181 y sig.), consideran esta alteracion como una congestion sanguínea del útero, y muchos autores la refieren al tejido erectil ó á un grado adelantado del encefaloideo.

»Generalmente no aumenta el escirro de un modo considerable el volumen del útero, el cual con frecuencia es casi natural y aun puede estar disminuido *(cáncer atrófico)*; algunas veces se desarrolla la degeneracion á espensas de la cavidad uterina *(cáncer concéntrico)*, la cual puede llegar á desaparecer completamente (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 41). El cáncer encefaloideo se presenta ordinariamente bajo la forma de tumores voluminosos, que en ocasiones son pediculados.

»Cuando el cáncer uterino está ulcerado, ya sea la ulceracion primitiva ó ya consecutiva, se presenta con todos los caractéres que pertenecen á las úlceras cancerosas (V. CANCER EN GENERAL), pero con las particularidades siguientes.

»Al principio ofrece la úlcera cancerosa primitiva el mismo aspecto que la simple erosion de la membrana mucosa, y hasta despues de haber durado mas ó menos tiempo, no adquiere los caractéres que le son propios.

»La úlcera cancerosa de la matriz no viene acompañada, ni de hinchazon considerable, ni de endurecimiento profundo; su superficie está cubierta de una capa parduzca, como inorgánica, que se desprende y renueva sin cesar; ataca con mas frecuencia al labio posterior y al orificio del cuello, que al labio anterior; se manifiesta á menudo entre los dos labios del cuello, y ocupa esclusivamente la estremidad vaginal de la cavidad uterina. Progresando de este modo de abajo arriba y de dentro afuera, puede ir destruyendo la matriz y reduciendo sus paredes, cuya cara esterna queda intacta, á una capa muy delgada (Lisfranc). Si se limpia la úlcera, su fondo poco dolorido presenta un color blanco parduzco, y sus bordes, cortados con desigualdad, estan ligeramente endurecidos y algo resistentes.

»En un período mas adelantado se encuentran desgarrados los bordes de la úlcera, endurecidos, sanguinolentos y vueltos hácia fuera; de toda la superficie ulcerada se elevan escrecencias, pezoncillos fungosos, blandujos y sanguinolentos, cubiertos de una materia icorosa, pútrida, de olor fétido.

»Algunas veces en lugar de vegetaciones hay una destruccion profunda y estensa de la parte; el cuello ha desaparecido ó está confundido en un detritus completo de todos los tejidos. La úlcera puede carcomer, destruir y

reducir á putrílago las paredes del cuello y aun del mismo cuerpo del útero.

»La desorganizacion perfora á veces las paredes uterinas y establece una comunicacion entre la cavidad de la matriz y la peritoneal. En muchos casos, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 207), perfora el cáncer la membrana serosa del abdomen sin inflamarla mas que en una corta estension alrededor del punto perforado.

»Frecuentemente se propaga la degeneracion á la vagina, á la vulva, á los tabiques recto-vaginal y vesico-vaginal, al recto y á la vejiga; de modo que todos estos órganos llegan á formar una vasta cloaca en la que vienen á mezclarse y á confundirse con las materias cancerosas las orinas y las materias fecales. Las carnes, fungosas y pútridas, estan impregnadas de sangre negra y cubiertas de cuajarones podridos y de colgajos reblandecidos.

»Por último, el cáncer uterino puede estenderse á las trompas, á los ovarios, á los gánglios linfáticos de la pelvis, al periné y al peritóneo.

»En ocasiones se establecen íntimas adherencias entre el útero y las partes inmediatas; de manera que al reconocer el dedo estas partes, se encuentra detenido detras de los grandes labios por una masa cancerosa que tapa la entrada de la vulva. Se ven entonces enormes tubérculos, separados por anfractuosidades profundas, unos en estado de induracion, otros reblandecidos, y algunos en plena supuracion; el cuello y el orificio uterino han desaparecido en medio de esta confusion general de todos los tejidos (Teallier, *Du cancer de la matrice*, p. 105-110).

»En un caso referido por Barthez la matriz habia contraido adherencias con la parte inferior del fondo de la vejiga, el recto y la S iliaca. Estas adherencias circunscribian una vasta bolsa, cuya pared anterior la formaban el útero y una parte de la vejiga y de la vagina, y la posterior el recto y un tejido celular engrosado y degenerado. Se hallaba contenida en esta cavidad una papilla negra y fétida, compuesta de materias fecales líquidas y de detritus canceroso. Las paredes que encerraban estas materias presentaban una multitud de eminencias irregulares, y formaban una bolsa, que se comunicaba con la vejiga, el recto y el cólon: con la vejiga por un trayecto sinuoso y estrecho situado en la parte inferior de su fondo; con el recto por una perforacion de 6 líneas de diámetro, y con el cólon por otra mucho mas pequeña (*Bull. de la soc. anatom.*; 1836, p. 46).

»El cáncer del útero viene frecuentemente acompañado de tumores de igual naturaleza desarrollados en uno ó muchos órganos, como en los pechos, el estómago, el hígado, los intestinos, los pulmones, el bazo, los riñones, las cápsulas supra renales (*Bull. de la soc. anat.*, 1839, p. 342), la cara (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 41) y los plexos sacros (Lisfranc, *loc. cit.*, página 609).

»El cáncer de la matriz causa á menudo peritonitis agudas ó crónicas, á las cuales sucumben los enfermos, y tambien puede dar origen á abscesos dentro de la pelvis.

»Síntomas.—La forma anatómica de la enfermedad solo imprime á los síntomas ligerísimas modificaciones, que nos será fácil indicar en la descripcion general que vamos á hacer. Para estudiar convenientemente la sintomatologia del cáncer uterino, es preciso dividir la enfermedad en tres períodos: primer período, ó de principio; segundo período ó cáncer confirmado; *a.* no ulcerado; *b.* ulcerado; tercer período ó de caquexia. Por último, distinguiremos los fenómenos morbosos en *locales*, *generales*, *simpáticos* y *mecánicos*.

»*Período de principio.*—«Los primeros síntomas del cáncer uterino, dice Teallier (*loc. cit.*, p. 94), se escapan á la sagacidad del médico. Por lo comun no se le consulta todavia, y si algunas mujeres le refieren los ligeros desarreglos que esperimentan, lo hacen de manera que le dejan en gran perplegidad.» Añádase á esto que los primeros síntomas pasan desapercibidos para la misma enferma. «Muchas mujeres apenas se acuerdan de haber sufrido alguna incomodidad, cuando ya se descubren desórdenes muy estensos» (Boivin y Duges, *loc. cit.*, página 11).

»Cuando se deciden á quejarse las enfermas, se observa por lo comun lo siguiente:

»Sensacion de peso y de presion en el hipogastrio y en el periné, tiranteces en las íngles y en los lomos, dolores uterinos lancinantes ligeros, que se manifiestan al aproximarse las reglas, y que se provocan por la progresion, la estacion vertical prolongada, el uso de carruages mal colgados, el ejercicio á caballo, etc.; el coito determina á veces un dolor sordo, que persiste mucho tiempo, ó por lo menos una sensacion no acostumbrada en el útero (Boivin y Duges); algunas mujeres sienten un prurito voluptuoso en las partes genitales, que les hace desear el comercio con el otro sexo (Teallier); en ocasiones desde el principio de la enfermedad, y sin que haya otra causa mecánica, se hacen difíciles y ligeramente dolorosas la defecacion y la escrecion de la orina. Hay mujeres que tienen dolores en los pechos, una desazon general insoportable, una repugnancia invencible á los alimentos, una melancolia profunda, una alteracion singular é inesplicable de todas las funciones (Teallier, p. 99); accesos de histerismo, hemorroides, alternativas de abultamiento y de depresion del vientre, sobre todo hácia el hipogastrio, y sin causa conocida (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 11).

»Los síntomas mas importantes de este período son los desarreglos de la menstruacion y la metrorragia. «Las irregularidades del flujo menstrual, dice Teallier (p. 97), son ordinariamente los primeros síntomas que se presentan en las mujeres que tienen todavia la regla; consisten en retardos mas ó menos prolongados ó

en repeticiones frecuentes de la menstruacion; á veces en un flujo sanguíneo continuado muchos meses y aun años, ó en grandes pérdidas de sangre. Pasada la edad crítica se presentan flujos sanguíneos, á veces periódicos, durante algunos meses, pero mas á menudo irregulares y escitados por una impresion moral.»

»En ocasiones el coito, la progresion ó el uso de un carruage, da lugar á un flujo sanguinolento ligero, ó provoca una verdadera hemorragia.

»Louis considera la metrorragia como un fenómeno casi constante y de mucha importancia para el diagnóstico; Valleix asegura que no ha visto empezar nunca el cáncer uterino de otro modo, desde que ha fijado su atencion sobre este punto; y examinando las observaciones publicadas por Duparcque y Teallier, vemos que de 17 casos se verificó en 13 una hemorragia, si no absolutamente al principio, á lo menos muy poco tiempo despues.

»Asienta Valleix que la hemorragia es uno de los primeros síntomas del cáncer uterino; que en cierto número de casos se manifiesta de pronto y sin trastornos precursores; que en otros *parece* haber sido precedida de cierta irregularidad de la menstruacion; que se verifica ordinariamente fuera del tiempo en que deben presentarse las reglas; que á menudo aparece despues de la cesacion completa de la menstruacion, y que muchas veces es muy abundante (Valleix, *loc. cit.*, p. 480-482).

»Las enfermas tienen á menudo un ligero flujo leucorréico, blanco ó amarillento, permanente ó limitado á los dias que preceden ó siguen á las épocas menstruales.

»La palpacion, el tacto y el espéculum solo dan signos negativos.

»*Segundo período ó cáncer confirmado.—Síntomas locales*—a. *cancer no ulcerado*, *oculto*, *seco.*—Este segundo período está caracterizado por una agravacion de los síntomas locales. La sensacion de peso se hace mas marcada, mas incómoda; se aumentan las tiranteces, y los dolores son mas vivos, mas fuertes y mas constantes en los ligamentos redondos y en los anchos, en los lomos y en las íngles, en las nalgas, á lo largo del trayecto de los nervios crurales y ciáticos, en la region de los ovarios, de la vejiga y del recto. Estos dolores son lancinantes, quemantes, á veces gravativos, continuos, ó bien intermitentes sin periodicidad (Marjolin). Tienen á menudo poca intension; pero algunas veces son atroces. «No dejan ningun descanso á la enferma y la desmejoran hasta el punto de hacerla llegar al término fatal mucho antes de la época de la degeneracion completa de los tejidos (Teallier, p. 111).

»Tambien pueden faltar completamente los dolores.

»Las hemorragias son mas frecuentes y mas abundantes; la leucorrea mas considerable, y á veces serosa ó mezclada con sangre.

»A no haber una desviacion considerable del cuello, se verifica á menudo la concepcion, y si la mayor parte de las mujeres abortan, muchas sin embargo paren felizmente y á su tiempo, sobre todo cuando la degeneracion se limita al cuello de la matriz.

»Los signos que suministran la palpacion, la percusion, el tacto y el espéculum, varian segun que el cáncer ocupa el cuerpo ó el cuello.

»*Cáncer del cuerpo.*—A no ser que haya aumento de volumen, la palpacion y la percusion solo dan signos negativos; pero si el útero sobresale por encima del pubis, se pueden apreciar por estos medios las dimensiones, la forma del tumor y las desigualdades y abolladuras de su superficie.

»El tacto vaginal manifiesta que el cuello no está alterado en su estructura; pero á menudo se comprueba que está deprimido ó desviado. Dirigiendo el dedo hasta el fondo de la vagina, ó por el recto (tacto rectal), se advierte que el cuerpo de la matriz es mas pesado, mas duro y desigual: el órgano, dice Teallier, tiene próximamente las dimensiones que presenta á las seis semanas de la gestacion.

»El espéculum no da mas que signos negativos.

»*Cáncer del cuello.*—La palpacion y la percusion no dan á conocer ninguna disposicion morbosa.

»El tacto vaginal manifiesta un aumento de volumen, general ó parcial; la superficie del cuello está lisa ó irregular, presentando nudosidades, abolladuras, separadas por hundimientos mas ó menos profundos; el cuello está desfigurado, y su consistencia, ora aumentada (escirro), ora disminuida ofreciendo la apariencia de una fluctuacion oscura (*cáncer encefaloideo*, *cáncer fungoso*). Algunas veces se perciben tumores pediculados, duros, indolentes, ó por el contrario, blandos, doloridos y sanguinolentos.

»El espéculum permite apreciar esactamente el volumen, la forma, el color y los caractéres físicos del tumor.

»b. *Cáncer ulcerado.*—Los síntomas racionales son los de la forma precedente; pero hay siempre un flujo cuyos caractéres varian segun el grado de la ulceracion. «Muchas veces fluye continuamente, pero á veces con aumentos ó disminuciones frecuentes y aun periódicas, una materia acuosa abundante, inodora ó de un olor insulso, que apenas contiene albúmina, parduzca y un poco sonrosada unos dias antes y despues del período menstrual. Esta evacuacion serosa considerable parece anunciar, si no la existencia, á lo menos un principio ó amago de ulceraciones ó de fungosidades» (Boivin y Duges, *loc. cit.*, p. 13). Cuando la ulceracion está desarrollada, es constante el flujo. A medida que progresa la úlcera, se hace la materia leucorréica cada vez mas abundante, puriforme, purulenta, fétida, verdosa, negruzca, mezclada con sangre fluida ó coagulada. Las hemorragias son mas frecuentes y mas abundantes; á veces

se resisten á todas las medicaciones y ocasionan la muerte.

»El tacto y el espéculum suministran preciosas indicaciones.

»Si la úlcera es superficial y poco estensa, podrá no darla á conocer el tacto; pero si es profunda, permitirá averiguar su sitio, dimensiones y superficie. Ora se percibe una úlcera deprimida, con los bordes duros, irregulares, y la superficie casi lisa, que ha destruido una parte mas ó menos considerable del cuello, cuyo orificio está ordinariamente dilatado; ora encuentra el dedo una superficie irregular, muy desigual y llena de fungosidades y vegetaciones. A veces solo se percibe un tejido homogéneo, blando, friable, una especie de putrílago.

»El tacto manifiesta que el cuello está á menudo dislocado, deprimido, desfigurado y sostenido por adherencias en situacion anormal.

»El cáncer ulcerado se propaga frecuentemente á la vagina, la cual está endurecida, atravesada por bridas, estrechada, obliterada en parte ó perforada; el tacto da á conocer estas diferentes disposiciones.

»El espéculum hace en estos casos grandes servicios, permitiendo comprobar la ulceracion desde el principio, seguir su marcha, sus progresos, y apreciar rigurosamente sus caractéres.

»Todos los *fenómenos generales y simpáticos* que hemos indicado al estudiar la patologia general de las afecciones uterinas, pueden manifestarse en este período del cáncer de la matriz; pero pueden tambien faltar completamente. Lisfranc ha encontrado el cuello reducido á putrílago en mujeres que nunca habian padecido y que presentaban todavia todas las apariencias de la mejor salud.

»Los *fenómenos mecánicos* resultan de la compresion que ejerce el tumor en el recto y en la vejiga: ora son difíciles, dolorosas ó imposibles, la defecacion y la miccion; ora se sienten las enfermas atormentadas de continuos deseos de espeler las heces ventrales y la orina, cuyas escreciones pueden verificarse involuntariamente.

»*Tercer período ó de caquexia.*—Se encuentran en él todos los síntomas de la reabsorcion cancerosa (V. Cancer en general), que Teallier resume del modo siguiente: «piel seca, escamosa, negruzca en las estremidades, amarilla verdosa en todo el cuerpo, terrosa y pegada á los huesos; ojos hundidos, nariz afilada, labios descoloridos, dientes fuliginosos; cuyos síntomas dan á la enferma un aspecto cadavérico. Algunas veces hay edema é hinchazon en las estremidades, en los muslos y en el bajo vientre, diarrea colicuativa ó estreñimiento tenaz, vómitos porráceos, dolores atroces, no solo en el órgano principalmente afectado, sino tambien en las articulaciones, en el periostio y en el tejido profundo de los huesos. Por último, la fiebre héctica, el insomnio, acompañados de intolerables padecimientos, y á veces de abundantes hemorragias, ponen término á tan horrible existencia» (*loc. cit.*, p. 114-115).

»Curso, duracion, terminacion.—El curso del cáncer uterino es muy variable, ora lento, ora rápido, regular ó irregular.

»El primer período es el en que se encuentran diferencias mas considerables: unas veces dura muy poco; otras por el contrario se detiene la enfermedad y permanece estacionaria mas ó menos tiempo, hasta que una causa orgánica ó accidental le da nuevo impulso. Puede un cáncer no progresar nada en muchos años, y marchar de pronto con rapidez despues de la época crítica ó de un parto.

»Desde el segundo período el curso de la enfermedad es ordinariamente regular, aunque lentamente progresivo. Sin embargo algunas veces ocurren mejorias y suspensiones del mal por un tiempo variable, ora bajo la influencia del tratamiento, ora bajo la de otras causas desconocidas. La preñez contiene en ocasiones el curso de la enfermedad, la cual adquiere nueva actividad despues del parto.

»Cuando existe ya una ulceracion estensa y se verifican hemorragias abundantes, nunca se detiene la enfermedad, sino que sigue su curso progresivo y rápido.

»Siete observaciones bastante circunstanciadas dan por duracion media de la enfermedad trece meses, por mínimum seis, y por máximum dos años (Valleix, *loc. cit.*, p. 497). No obstante puede su duracion llegar á tres, cuatro, seis años ó mas, segun algunos autores. En 107 casos de cáncer uterino terminados por la muerte, ha encontrado Lever por duracion media cerca de veinte meses, sesenta y seis por máximum, y por mínimum tres meses.

»No he visto, dice Valleix, un solo caso auténtico de cáncer en que el diagnóstico fuese positivo, que no haya terminado por la muerte. Nosotros no hemos sido mas felices que Valleix, y aunque los autores citan algunos ejemplos de curacion, mas adelante veremos que no satisfacen completamente.

»En algunos casos raros sobreviene la muerte durante el segundo período, antes que la desorganizacion sea muy estensa ó esté muy adelantada, dependiendo entonces de las alteraciones simpáticas del sistema nervioso y del aparato digestivo; pero mas frecuentemente sucumben los enfermos, ya por la caquexia cancerosa, por la fiebre héctica, ya á consecuencia de hemorragias fulminantes ó repetidas. En el mayor número de casos procede la muerte de alguna de las complicaciones que vamos á enumerar.

»Complicaciones.—Clasificando las complicaciones segun su órden de frecuencia, se pueden colocar casi en una misma línea la estension del cáncer á la vejiga, al recto, á los ovarios ó á la vagina; en seguida la peritonitis crónica ó aguda con perforacion ó sin ella, y por último el cáncer desarrollado simultáneamente

en otro órgano (pechos, estómago, hígado, intestinos, etc.). En las observaciones publicadas por Boivin y Duges se vió con mucha frecuencia la tisis pulmonal.

»Diagnóstico.—*Cáncer no ulcerado.*—Durante el primer período solo se funda el diagnóstico en probabilidades, y todos los autores confiesan que es casi siempre imposible distinguir con certeza el escirro no ulcerado del infarto simple con induracion.

»El dolor lancinante y la antigüedad del tumor nada prueban; la mucha duracion del infarto, las abolladuras que presenta, unas blandas y otras duras, el color blanco mate, amarillento y como jaspeado que se observa por medio del espéculum en el cuello uterino, solo pueden hacer presumir la existencia del cáncer; los demas fenómenos locales no sirven tampoco para probar su existencia. La escesiva y rápida debilitacion de las enfermas, el enflaquecimiento, el color amarillo pajizo de la cara, la inapetencia, las náuseas, los vómitos, las digestiones muy difíciles y aun á veces imposibles, la exaltacion estraordinaria de la inervacion, los movimientos febriles que se manifiestan por la tarde, se observan de igual modo en el infarto blanco simple que en el cáncer.

»El carcinoma oculto, dice Lisfranc, se presenta á veces bajo el aspecto mas benigno, y las induraciones blancas simples ofrecen bastante á menudo los fenómenos propios de esta especie de cáncer. Es pues imposible establecer el diagnóstico de estas afecciones morbosas» (*loc. cit*, p. 600-602).

»Considerando Duparcque que la forma del tumor, su consistencia y color, el dolor que en él se siente, los flujos uterinos y vaginales, y los síntomas generales y simpáticos, no suministran ningun signo diferencial, cree que la historia del infarto simple con induracion debe confundirse con la del infarto escirroso (*loc. cit.*, p. 245-250).

»No pretendemos negar las dificultades que rodean el diagnóstico; reconocemos de buen grado que al principio y durante el primer período, es imposible decidir cuál sea la naturaleza de la induracion; pero creemos con Teallier que el cancer confirmado presenta ordinariamente caractéres cuyo valor no puede ponerse en duda. «Los tumores escirrosos suelen permanecer indolentes mas tiempo que las induraciones simples; en la época de su formacion ofrecen menos síntomas inflamatorios, y por entonces determinan accidentes menos graves, que los que preceden y acompañan á las induraciones; el escirro parece mas duro al tacto, mas indolente, y su temperatura se aproxima mas á la del estado normal; tiene menos estension y en general se limita á algunos puntos circunscritos de uno ú otro labio...; no esperimenta variaciones de forma á consecuencia de escitaciones nuevas, del flujo menstrual ó del tratamiento» (Teallier, *loc. cit.*, página 120-121).

»A estos signos diferenciales, ya bastante marcados, añade Valleix otros quizá mas importantes. «La metritis crónica (infarto con induracion) se anuncia por un flujo mucoso-purulento; el cancer por un flujo ténue, rojizo ó parduzco y por hemorragias abundantes. En la primera es el infarto uniforme y ordinariamente general; en el segundo es al principio parcial, limitado á un punto circunscrito, y presenta comunmente abolladuras irregulares. En la metritis se halla ordinariamente roja y granugienta la mucosa del cuello; en el cancer está á menudo pálida y lisa.»

«El curso de la enfermedad no es idéntico en ambos casos: la tumefaccion de la metritis crónica persiste durante un tiempo ilimitado sin ofrecer el menor cambio en el aspecto del tumor, y sin que el estado general se resienta gravemente; el cancer por el contrario, al cabo de algun tiempo, generalmente no muy largo, y que puede no pasar de seis meses, comienza á reblandecerse ó á ulcerarse, y en una inmensa mayoria de casos no tarda en sobrevenir la caquexia cancerosa» (Valleix, *loc. cit.*, p. 502).

»Por último, se obtienen muchas veces datos útiles para el diagnóstico, de las circunstancias etiológicas, y frecuentemente le ilustra tambien la existencia de un cancer desarrollado en otro órgano.

»*Cancer ulcerado.*—Las mismas dificultades que impiden á menudo distinguir el escirro de las induraciones simples de la matriz, dice Teallier (p. 105), se presentan al tratar de establecer la línea de demarcacion que separa las úlceras cancerosas del cuello de la matriz, de las que reconocen una etiologia diferente.

»Efectivamente, son muy grandes las dificultades si se atiende esclusivamente á la ulceracion; pero teniendo en cuenta el estado de las partes en que se desarrolla, y haciendo intervenir las consideraciones indicadas anteriormente, por lo comun es posible el diagnóstico. El curso de la enfermedad y la influencia del tratamiento, suministran tambien en este caso indicaciones preciosas. Las úlceras no cancerosas permanecen mucho tiempo estacionarias, ó solo hacen progresos lentos; pueden crecer en superficie y profundidad; pero su fisonomia permanece casi siempre igual y se modifican ventajosamente por un tratamiento general y local bien dirigido. Por el contrario las úlceras cancerosas tienen un curso rápido y progresan incesantemente; su aspecto no permanece igual, sino que diariamente empeora; se resisten á las medicaciones, y los medios locales precipitan á menudo el curso de la degeneracion; las cauterizaciones ligeras en vez de mejorar el estado de la enferma, provocan hemorragias y dolor, y parecen favorecer la marcha invasora del mal y sus fatales trasformaciones.

»Una vez llegada la enfermedad á un período adelantado, ya no ofrece dificultad el

diagnóstico: la úlcera es profunda y presenta anfractuosidades; su superficie es parda ó de color rojo oscuro, y esta cubierta á veces de manchas blanquecinas ó negruzcas, y á menudo sembrada de vegetaciones y fungosidades blanduchas; da una supuracion saniosa fétida, y se cubre de sangre al menor contacto; sus bordes estan duros, vueltos hácia fuera, desiguales y frangeados; se propaga comunmente la degeneracion á la vagina, al recto ó á la vejiga; se infartan los ovarios, y por último los síntomas generales se hacen muy graves y se presentan todos los caractéres de la caquexia cancerosa.

»El pronóstico es constantemente fatal, y si Duparcque (*loc. cit.*, p. 264) ha hecho respecto de este punto algunas distinciones, es porque ha creido deber reunir en una misma descripcion el escirro y el infarto simple de la matriz.

»*Etiologia.—Causas predisponentes.—Edad.* Habiendo recogido Lever (*Rech. statistiques sur le cancer de l'uterus* en *Arch. gén. de méd.*, t. VII, p. 244; 1840) 120 casos de cancer uterino, ha obtenido los siguientes resultados respecto de la edad:

de 40 á 50 años. . .	20 por 100
de 50 á 60.	13,5
de 30 á 40.	12,9
de 25 á 30.	3,3
de 50 á 70.	1,2

»Lisfranc (*loc. cit.*, p. 610) ha visto que la enfermedad se ceba por el contrario mas particularmente en sugetos de 18 á 35 años de edad.

»*Estado anterior del útero.*—Lever ha encontrado en sus 100 casos, que el útero no habia tenido antes ninguna enfermedad en 21; al paso que en 79 habia padecido ya. Las afecciones anteriores han determinado 69 veces por ciento, desarreglos de la menstruacion (dismenorrea 54 por 100, amenorrea 15 por 100). Estos hechos parecen estar en oposicion con la regla establecida por Valleix relativamente á la metrorragia; pero seria preciso saber si los desarreglos de la menstruacion han procedido del cancer incipiente ó de una enfermedad primitiva no cancerosa.

»*Los goces precoces* y los *escesos en el coito* se han colocado por muchos autores (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 611) entre las causas predisponentes del cancer uterino; pero nuevas y mas esactas observaciones han demostrado que esta afeccion es rara en las prostitutas, mientras que por un deplorable contraste imposible de esplicar, se manifiesta á menudo en las mujeres moderadas en sus pasiones y que observan un régimen regular, en buenas madres de familia, cuya carrera se ha distinguido por la práctica de las virtudes domésticas. «Segun lo que hemos observado, añade Teallier, si tiene esta enfermedad alguna predileccion hácia ciertas mujeres, recae generalmente en aquellas que estan dotadas de un esceso de sensibilidad moral y de irritabilidad nerviosa» (*loc. cit.*, p. 87).

»El *celibato* se ha considerado por algunos autores (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 612) como una disposicion que favorece el desarrollo de la enfermedad; pero la estadística ha desmentido esta opinion. Las mujeres solteras suministran, segun Lever, una proporcion de 5,8 por ciento.

»Las observaciones de Teallier y de Lever manifiestan que el cancer es mucho mas frecuente (103 de cada 113) en las mujeres que han tenido familia que en las que han permanecido estériles (10 por cada 113), y de aqui se ha concluido, que la *gestacion* y *el parto* predisponen al cancer uterino. Pero Valleix advierte con razon, que no se ha reflexionado en una circunstancia muy importante á saber: que el número de mujeres que han tenido hijos al cumplir la edad en que se manifiesta mas á menudo el cancer uterino, es incomparablemente mayor que el de las que reunen circunstancias opuestas: ¿qué tiene, pues, de particular que entre las primeras se observe mayor número de cánceres?»

»Los *partos trabajosos* y los *abortos* parecen tener una influencia mas demostrada. En 103 madres de familia afectadas de cánceres uterinos, ha contado Lever 122 malos partos.

»La *constitucion*, el *temperamento*, la *disposicion hereditaria*, las *afecciones morales*, las *pesadumbres prolongadas*, ejercen en el cancer del útero la misma influencia de que hemos hablado al estudiar el cancer en general.

»*Causas determinántes.*—Se colocan en esta categoria todas las causas determinantes de la congestion y del infarto simple de la matriz (Lisfranc, *loc. cit.*, p. 610 y sig.); pero Teallier ha manifestado muy bien los vicios de esta doctrina. «Si se considera el cancer del útero como una enfermedad determinada por las inflamaciones que afectan á este órgano, los agentes que produzcan estas inflamaciones serán las causas remotas del cancer y las inflamaciones mismas las causas inmediatas... Pero si se advierte que estas flegmasias persisten muchos años; se resisten á todos los tratamientos y progresan sin cesar, produciendo las alteraciones de tejido que les son propias y que en nada se parecen á las características del cancer, ¿qué razon hay para considerarlas como la causa próxima de esta enfermedad? Si ademas las afecciones cancerosas empiezan, se desarrollan y llegan á su mayor grado de intension, sin que se haya manifestado ningun síntoma inflamatorio en el órgano en que residen ¿qué relacion de dependencia se puede establecer entre el cancer y la inflamacion? (*loc. cit.*, p. 82).

»Creemos con Teallier, que las predisposiciones ó la diatesis constituyen la única causa orgánica del cancer uterino; que la enfermedad se desarrolla á menudo espontáneamente por efecto de su sola fuerza de evolucion; que ciertas influencias esternas vienen á veces á

poner en juego la diatesis y á dar impulso á la predisposicion; pero que estas causas determinantes nada tienen de especial, ni se distinguen en manera alguna de las que producen la generalidad de las enfermedades.

»Tratamiento.—*Profilaxis.*—Aunque no hay motivos para creer que la inflamacion y la congestion puedan convertirse por si solas en causas de cancer, aconseja la prudencia que se combatan activamente y desde luego todas las enfermedades uterinas, cualquiera que sea su naturaleza. Sin dar a este precepto la importancia que le atribuyen Mèlier (*Considerations prat. sur le trait. des mal. de la matrice*, en *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 330; 1833), Teallier (*loc. cit.*, p. 196 y sig.), y Lisfranc (*loc. cit.*, p. 611); sin admitir con el cirujano de la Piedad que el número de cánceres uterinos sea infinitamente menor en el dia, que antes de la publicacion de los escritos modernos sobre las afecciones morbosas de la matriz, y que abandonando á los cuidados de la naturaleza la subinflamacion y las úlceras simples se hagan *estraordinariamente* frecuentes las enfermedades carcinomatosas, no vacilaremos sin embargo en reconocer, que es útil y prudente alejar los modificadores patológicos, cuya presencia puede poner en juego la predisposicion y hacer de este modo el papel de causa ocasional.

»*Tratamiento curativo.*—Dicen muchos autores, que el tratamiento del cancer del útero no debe diferenciarse del de la metritis crónica y del infarto simple (Duparcque, *loc. cit.*, p. 265; Teallier, *loc. cit.*, p. 201; Lisfranc, *loc. cit.*, p. 623); pero no podemos participar de esta opinion. No hay duda, que mientras no se haya declarado aun la verdadera naturaleza de la enfermedad, será preciso recurrir á los medios que reclama el infarto no canceroso; pero se debe suspender su uso en cuanto pueda formarse un diagnóstico esacto. ¿Qué pueden producir entonces las emisiones sanguíneas, los purgantes, las preparaciones del oro, el ioduro de potasio, los cauterios en los lomos, y el iodo, á no ser debilitar á las enfermas y favorecer la reabsorcion cancerosa? Hasta el tratamiento local es ordinariamente dañoso: las sanguijuelas aplicadas al cuello, las cauterizaciones superficiales, los chorros ascendentes frios en la vagina, no han hecho á menudo otra cosa que apresurar el curso de la degeneracion y de las ulceraciones.

»Boivin y Duges han visto exasperarse todos los accidentes con el tratamiento mercurial en algunos casos en que se habia creido que la enfermedad era sifilitica (*loc. cit.*, pág. 114 y siguientes).

»Lisfranc (*loc. cit.*, p. 624) asegura haber curado con el ioduro de potasio y las cauterizaciones, algunas soluciones de continuidad *dudosas* y úlceras *cancerosas* poco estensas. Mucho tememos que las úlceras hayan sido tan *dudosas* como las soluciones de continuidad. ¿Por qué no ha presentado Lisfranc las observaciones circunstanciadas de estos hechos, tan notables como importantes? ¿Se ha curado jamás con el ioduro de potasio y las cauterizaciones un solo cancer confirmado de los pechos ó de la cara?

»Boivin y Duges han referido varios ejemplos de úlceras consideradas como cancerosas y curadas por medio de cauterizaciones repetidas (*loc. cit.*, p. 58, 72, 77); pero estas observaciones son incompletas y poco numerosas; su diagnostico es incierto, y á su lado se encuentran otras en que hizo rápidos progresos la enfermedad bajo la influencia de un tratamiento idéntico (p. 81-83).

»Recamier ha encomiado la cicuta (Teallier, *loc. cit.*, pág. 271 y sig.); pero no se la puede atribuir ningun hecho de curacion. Marjolin ha usado á menudo este medicamento, y se ha persuadido de que los efectos que mas constantemente produce son: dolores de cabeza, vértigos, inapetencia, hastio á los alimentos y disminucion y aun abolicion de las fuerzas digestivas del estómago, y esto sin mejorar en manera alguna el estado de las partes enfermas.

»*Tratamiento quirúrgico.*—Se ha propuesto quitar los tejidos degenerados, ya por medio de la ligadura, de la cauterizacion profunda ó de la amputacion, cuando la enfermedad no pasa del cuello uterino, ya á beneficio de la estirpacion del útero. No queremos abordar el estudio circunstanciado de esta parte quirúrgica del tratamiento (V. Pauly, *Maladies de l'uterus*, p. 390 y sig.; Paris, 1836); pero creemos sin embargo deber manifestar nuestra opinion acerca de ella, porque muchas veces es llamado el médico á dar su parecer sobre la oportunidad de la operacion y sobre la eleccion del procedimiento operatorio.

»Creemos que se debe desechar la *ligadura*; porque sin tener ninguna ventaja que le sea propia, es muy dolorosa y da lugar á menudo á accidentes inflamatorios graves.

»No tenemos contra la *cauterizacion profunda* considerada en sí misma las prevenciones que Lisfranc (*loc. cit.*, p. 630); antes al contrario, no vacilamos en asegurar que se puede recurrir á ella sin temor de accidentes inflamatorios ulteriores (V. Teallier, *loc. cit.*, p. 241 y siguientes). El cauterio actual nos parece preferible á los cáusticos; pero uno y otro medio solo son aplicables en casos muy raros, en que la degeneracion es muy poco estensa y se encuentra perfectamente limitada.

»La *amputacion* parcial ó completa del cuello uterino, sin ser una operacion tan grave como algunos autores han pretendido, no se halla sin embargo exenta de peligros (V. Pauly, *loc. cit.*, p. 458 y sig.). En el mayor número de casos es la que merece la preferencia.

»La *estirpacion de la matriz* debe desecharse. «Puede juzgarse esta operacion, dice con razon Marjolin (*loc. cit.*, p. 281), por sus resultados auténticos conocidos. Nueve décimos de las mujeres operadas han muerto en los primeros

dias que han seguido á la operacion; el resto, curadas en apariencia al principio, han quedado en un estado de languidez, y no han sobrevivido mas de un año, sucumbiendo todas á consecuencia de recidivas.»

»Esto respecto del procedimiento operatorio. En cuanto á la oportunidad de la operacion se presenta muy rara vez. Efectivamente, si la naturaleza cancerosa de la enfermedad no estuviese perfectamente demostrada, no seria lícito al cirujano practicar una operacion quizá inútil y siempre bastante grave; y si fuese indudable el cáncer, casi hay seguridad de que se reproduciria el mal despues de la operacion.

»Ningun hecho bien asentado ha demostrado todavia la eficacia del tratamiento curativo del cáncer del útero; pues solo se ha obtenido la curacion de aquellos casos en que el diagnóstico era incierto: en todos los demas han sucumbido las enfermas, ya á los progresos de la enfermedad, ya á consecuencia de las recidivas.

«Entre los ejemplares anatómicos remitidos á las sociedades académicas por un célebre cirujano, dice Duparcque (*loc. cit.*, p. 247-248), hemos visto varios cuellos uterinos, que se decia presentaban todos los caractéres del escirro, y que en este concepto se habian operado, siendo asi que su flexibilidad y la blandura de su tejido demostraban claramente que aquellas partes ni siquiera habian sido atacadas de induracion, sino que solo habian padecido una congestion ó una flegmasia crónica poco adelantada. Estamos convencidos de que semejantes afecciones hubieran sido susceptibles de curarse sin operacion.»

»Ateniéndonos solo á los números auténticos que resultan de las observaciones publicadas (Pauly, *loc. cit.*, p. 427-473), vemos que de 12 mujeres operadas por Lisfranc desde 1833 hasta 1836, sucumbieron 3 en veinticuatro horas á consecuencia de hemorragia fulminante y peritonitis; 1 al cabo de seis dias; en 4 sobrevino inmediatamente la recidiva; 3 no se operaron completamente por no poderse alcanzar una parte de la degeneracion con el instrumento cortante, y 1 sola se curó; pero con la circunstancia de que el diagnóstico era incierto, y que solo habia pasado un año desde la operacion hasta que se publicó su historia (Pauly, *loc. cit.*, p. 449-495).

»Añádase á esto que Dupuitren, Velpeau y Krimer (*Revue médicale*, p. 254; 1835), aleccionados por la esperiencia, desecharon la amputacion del cuello del útero.

»*Tratamiento paliativo.* — Las indicaciones que presenta el tratamiento paliativo consisten en hacer lo mas lento posible el curso de la enfermedad, moderar los dolores, las hemorragias y los flujos saniosos, sostener las fuerzas y retardar el desarrollo de la caquexia cancerosa.

»El descanso completo del órgano enfermo, la separacion de las causas de escitacion y de irritacion local, el uso de los medios propios para evitar ó combatir la congestion uterina, corresponden á la primera indicacion. Desgraciadamente es muy dudoso que pueda retardarse el desarrollo del cáncer ni aun con los auxilios mejor entendidos.

»Para calmar los dolores locales ó simpáticos, es preciso recurrir á los narcóticos, administrados en píldoras ó en pociones, en inyecciones ó lavativas, ó por el método endérmico. Nosotros preferimos el clorhidrato de morfina al opio. Debe cuidarse de evitar la distension de los intestinos y de la vejiga por las materias fecales ó por la orina. Los baños tibios son muchas veces útiles. Es importante, dice Lisfranc (p. 628), atacar el dolor en cuanto empieza á manifestarse; porque de este modo podemos lograr dominarle y aun disiparle enteramente; pero si se le deja crecer durante un tiempo mas ó menos largo, unas veces persiste, otras disminuye ó solo desaparece momentáneamente, y aun algunas se exaspera.

»Las hemorragias deben moderarse con los medios que hemos indicado en otra parte (V. Metrorragia). Nos bastará recordar, que se puede prescribir el cornezuelo de centeno, el tanino, el catecú, las limonadas minerales y las bebidas frias: esteriormente las aplicaciones frias al hipogastrio, las lavativas tambien frias, las inyecciones de igual naturaleza, hechas astringentes por la adicion de un ácido, del agua de Rabel ó del sulfato de alúmina; los clavos de hilas cubiertos con una mezcla de goma y de colofonia ó de goma y alumbre, el taponamiento practicado, ya en la vagina, ya en la cavidad de un espéculum que abrace esactamente el cuello uterino. Muchas veces nos vemos obligados á recurrir á la cauterizacion por medio de un ácido enérgico (ácido nítrico ó sulfúrico), ó con el hierro candente.

»Para disminuir la supuracion de las úlceras cancerosas, neutralizar su repugnante fetidez y precaver los desagradables efectos del contacto del pus con la vagina y la vulva, conviene encargar á las mujeres, que se hagan con frecuencia abluciones é inyecciones frescas ó templadas con agua mezclada con el cloruro de óxido de sodio.

»La permanencia en el campo, el ejercicio moderado, siempre que no esté imperiosamente contraindicado por las hemorragias, los alimentos sustanciosos y de fácil digestion, los amargos y los tónicos, sostendrán las fuerzas de la enferma y alejarán en lo posible el desarrollo de la caquexia cancerosa» (Monneret y Fleury, *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, p. 346-355).

D. Colecciones de varia naturaleza.

ARTICULO PRIMERO.

De la fisometra.

»Llámase tambien esta enfermedad *neumatosis uterina*, *timpanitis uterina*.

»Algunos autores, como por ejemplo Stolz y Naegele han dudado que exista fuera del estado de gestacion. Pero Tessier de Lyon se ha propuesto probar con observaciones esactas, que semejante duda carece en la actualidad de fundamento (*De l'hydropisie et de la tympanite uterine hors de l'état de gestation*, en *Gazette médicale*, p. 1; 1844). Tambien cita otros hechos tomados de la *Revue médicale* (1830) del *Tratado de enfermedades de mujeres* de Colombat (t. II, p. 781) y de la *Clínica quirúrgica* de Lisfranc (t. III, p. 321). Los signos que anuncian esta neumatosis son: un tumor en el hipogastrio, que da un sonido claro á la percusion, y que simula bajo otros aspectos una preñez mas ó menos adelantada; desarrollo del útero comprobado por el tacto y la palpacion abdominal, salida rápida y estrepitosa de gases por la vagina, y depresion repentina del vientre despues de su espulsion. Los gases son por lo comun inodoros, y á veces fétidos. Se reconoce el tumor gaseoso en su estraordinaria sonoridad cuando se le percute; pues el útero, distendido por el producto de la concepcion ó cualquier otro cuerpo, produce un sonido macizo.

»Es muy rara la timpanitis uterina esencial, es decir, independiente de otro estado morboso apreciable del útero ó de sus anejos. Generalmente procede de un pólipo, de restos de un feto, ó de un reblandecimiento gangrenoso del tejido uterino, en cuyos casos es sintomática. Se la debe considerar como un estado enteramente distinto de la acumulacion de gases que se efectúa en la vagina en medio de la escitacion que acompaña y sigue al acto venéreo. Esta sonoridad vaginal es la que escitaba las amargas quejas de Marcial á su querida. En tal caso proviene de una causa enteramente física y que no necesita comentarios (art. Pneumatosis de Piorry, *Dictionaire des sc. méd.*, p. 358).

»Tambien se ha hablado de enfermas que espelian con ruido gases por la uretra, sin que hubiese comunicacion entre la vejiga y el conducto digestivo.

»Empero todos estos hechos son bastante dudosos, y no ofrecen al patólogo gran interés» (Mon. y Fl., *Compendium*, etc., t. VII, p. 39).

ARTICULO SEGUNDO.

De la hidrometra.

»Sinonimia.—*Hidropesia uterina*, *hidropesia de la matriz*, *hydrometra*, *ascitis uteri*, *œdema uteri*, *hydrorrhea uteri*.

»Definicion y division.—No debe confundirse la hidropesia del útero con los quistes serosos ó hidatides, con el hidramnios, ni con las colecciones de pus ó de sangre. Si se tienen en consideracion estas distinciones, la hidrometra queda reducida á una enfermedad muy rara y poco comun. P. Franc solo ha observado una hidropesia uterina en el estado de vacuidad, y Baillie no la ha encontrado nunca.

P. Franc divide la hidrometra en *edema uterino* y en *hidropesia propiamente dicha*. En la primera especie la serosidad está derramada en el tejido celular subperitoneal ó intermuscular; y en la segunda ocupa la cavidad uterina: esta division debe conservarse.

A. Edema del útero, infarto seroso, infarto edematoso (Lisfranc) **edema uteri.** — «En vista, dice Naumann (*Handbuch der medicinischen klinik*, t. VIII, pág. 75; Berlin, 1838), de algunas observaciones incompletas que posee la ciencia, es preciso admitir, que el edema uterino ocupa constantemente la parte inferior del órgano, es decir, el cuello.» Efectivamente así debia suceder, puesto que Jobert ha demostrado, que no hay tejido celular subperitoneal sino en la inmediacion del cuello uterino (*Recherches sur la structure de l'uterus*, en *Journ. de chirurg.*, t. II, p. 199; 1844).

»Neumann (*Spezielle Pathologie und Therapie der chronischen Krankheiten*, Abth. II, p. 749; Berlin, 1837) asegura que casi no se manifiesta la enfermedad de que tratamos sino en los casos de preñez; Lisfranc no ha observado nunca el edema del cuello uterino (ob. cit., t. II, p. 644). Hé aqui sus síntomas segun Siebold.

»El hocico de tenca presenta un volumen anormal mas ó menos considerable; la mucosa está pálida, pero sana y no ulcerada; reconociendo por medio del tacto, se encuentra el cuello descendido, infartado, indolente y estrangulado en el sitio en que se reune con el cuerpo del órgano; aparece renitente y elástico, y si se apoya con fuerza el dedo, se forma una depresion que dura algun tiempo (Naumann, *loc. cit.*, p. 75).

»Las *causas* son muy oscuras, y parecen no diferenciarse de las de las hidropesias en general. Cuéntanse entre ellas el temperamento linfático, la debilidad general que sigue á las enfermedades graves ó de duracion larga, las violencias esteriores, la compresion hecha en el órgano por algun tumor de la pelvis, y la repentina supresion de un catarro uterino.

»El *tratamiento* debe dirigirse contra la causa local ó general que ha producido el edema. Para favorecer la absorcion de la serosidad, se han propuesto los purgantes, los diuréticos, los sudoríficos, las inyecciones astringentes ó aromáticas, y las fumigaciones estimulantes: si estos medios fuesen insuficientes y el edema muy considerable, podrian hacerse escarificaciones.

»3. Hidropesia uterina, ascitis uteri. —El derrame puede ocupar la cavidad del cuello ó la del cuerpo del útero.

»Hidropesia del cuello del utero.—Jobert es el único que la ha indicado, y de él tomamos la descripcion siguiente.

»Síntomas.—El orificio uterino es sumamente estrecho y apenas visible; el cuello aparece mas voluminoso que en el estado normal, uniformemente abultado y como hipertrofiado; no se distingue el hocico de tenca.

»Cuando la enfermedad está poco desarrollada, se ve en el orificio del cuello una especie de botoncito; pero con los progresos del mal se va disipando esta prominencia, porque adquiere mayor volumen todo el cuello.

»En general la superficie del cuello está sana; pero la mucosa mas bien se encuentra pálida que sonrosada, como si se hubiese esprimido de ella la sangre por compresion. En algunos casos se encuentran úlceras superficiales; pero constituyen una complicacion independiente de la alteracion principal.

»Dirigiendo el dedo al cuello del útero se observa que su tejido tiene poca resistencia, y se percibe una sensacion de fluctuacion, que se hace mas manifiesta comprimiendo con la otra mano el hipogastrio. El tacto por el recto permite comprobar el desarrollo anormal del cuello hasta mas arriba de su insercion vaginal.

»Si se introduce con precaucion una sonda de mujer por el orificio del útero, sale mucha cantidad de líquido, é inmediatamente se aplasta el cuello y recobra su volumen natural. Este flujo se verifica á veces espontáneamente, en cuyo caso siente un alivio instantáneo la enferma.

»El líquido forma hebra, es blanco, amarillento y trasparente.

»Esta enfermedad no ofrece comunmente mas que síntomas mecánicos, procedentes del volumen y peso del cuello y de la compresion que sufren los órganos inmediatos. Las enfermas sienten peso en el ano, tirantezes en las íngles, etc., y mayor ó menor molestia en las escreciones de la orina y de las heces ventrales.

»Algunas veces se observan fenómenos simpáticos, que pueden dar lugar á equivocaciones y hacer creer que existe una enfermedad mas grave del útero.

»La aparicion de los ménstruos trae consigo un alivio manifiesto; lo cual se concibe bien, porque el flujo menstrual arrastra necesariamente en todo ó en parte el líquido acumulado en la cavidad del cuello.

»Curso, duracion, terminaciones.—La coleccion se reproduce despues de cada evacuacion espontánea ó artificial del líquido. El embarazo y el parto la disiparian probablemente de un modo radical; pero es preferible no aguardar á esta terminacion, sino hacer intervenir el arte en cuanto se manifieste la enfermedad.

»Diagnóstico.—La hidropesia del cuello del utero puede confundirse con el infarto; pero se evitará con facilidad este error teniendo en cuenta: 1.º el tuberculito que se manifiesta en el orificio del cuello uterino, mientras no adquiere el órgano un volumen considerable; 2.º la blandura fluctuante que se percibe por medio del tacto; y 3.º el flujo del líquido que se verifica introduciendo una sonda de mujer en la cavidad del cuello, cuyo signo es patognomónico.

»Causas.—La hidropesia del cuello del útero se manifiesta siempre en mujeres de temperamento linfático, que no han tenido hijos, y cuya menstruacion es poco abundante ó de mala calidad.

»La causa próxima de la enfermedad es: 1.º una dilatacion y una hipersecrecion de los folículos, que tanto abundan en el cuello y que se dejan distender á la manera que los folículos sebáceos de la piel; 2.º una estrechez del orificio del cuello, que no puede dar suficiente paso al líquido segregado.

»Tratamiento.—El único tratamiento eficaz, segun Jobert, es el desbridamiento del orificio del cuello, por medio de dos incisiones hechas en la direccion de sus comisuras. Esta operacion deja completamente libre la cavidad afecta, y da por resultado definitivo un ensanchamiento del orificio, que permite salir con facilidad á los líquidos segregados y se opone á las recidivas (Jobert, *De l'hydropisie du col uterin* en *Journ. de chirurg.*, t. I, p. 265; Paris, 1843).

»Hydropesia del cuerpo del utero.—Meckel, Baillie, Neumann, Baumgärtner, Starck, Stoltz y Naegele, no admiten la existencia de esta enfermedad y aseguran que el líquido está contenido siempre en un quiste seroso, simple ó hidatídico.

»Tessier se ha propuesto demostrar que la hidrometra debe colocarse en los cuadros nosológicos; pero no refiere ninguna observacion propia, y los pasages que trae de Vesalio, Fernelio, Blanckard, Nicolai, J. Frank, Mauriceau y Blegny, no bastan para justificar su asercion (Tessier de Lion, *De l'hidropisie et de la timpanite uterines hors de l'état de gestation* en *Gaz. méd. de Paris*, p. 1; 1844).

»Pero sea de esto lo que quiera, hé aqui la descripcion, harto incompleta por cierto, que han trazado algunos autores.

»*Alteraciones anatómicas.*—En un ejemplar presentado por Dumas á la Academia de medicina se hicieron las observaciones siguientes. «El útero, cuyas paredes estan uniformemente distendidas y adelgazadas, puede contener la cabeza de un feto de todo tiempo; el desarrollo del órgano se ha verificado principalmente á espensas de su cuerpo y de su fondo. La cavidad, la consistencia y el aspecto fibroso del útero han desaparecido enteramente, y sus paredes se encuentran trasformadas en *una vasta bolsa análoga á una vejiga ligera-*

mente hipertrofiada. La pared esterna de este tumor tiene un color oscuro apizarrado, y la interna está roja, lívida, y presenta de trecho en trecho unas chapas rojas á manera de equimosis, cubiertas de falsas membranas delgadas y amarillentas. El orificio interno del útero está casi enteramente obliterado» (*Gaz. méd. de Paris*, p. 122; 1839). Sin duda juzgará el lector, como nosotros, que estos pormenores son insuficientes, y no permiten decidir si el líquido estaba contenido en un quiste ó en la misma cavidad uterina.

»Síntomas.—La enfermedad se desarrolla lentamente, y la dilatacion del útero forma un tumor, que crece de abajo arriba y que es tanto mayor y se eleva tanto mas en el abdomen, cuanto mas antigua es la afeccion y el derrame mas abundante.

»Por la palpacion se reconoce un tumor oblongo, circunscrito y renitente, que desde la escavacion de la pelvis se eleva mas ó menos; apenas varia con los movimientos de la enferma y da un sonido macizo cuando se le percute.

»El tacto vaginal manifiesta que el cuello ha disminuido de longitud y subido hasta la pelvis; si al tiempo de practicarle se percute el hipogastrio con la otra mano, se percibe algunas veces la fluctuacion.

»Cuando la hidropesia no resulta de una enfermedad anterior del útero, no suele tener la enferma mas que síntomas locales, mecánicos, que estan en relacion con el volumen y el peso del tumor y el grado de compresion que ejerce en los órganos de la pelvis y del abdomen. Asi es que hay peso en la pelvis y en el recto, frecuentes ganas de orinar y de defecar, dificultad de verificar estas dos escreciones, espasmos de la vejiga y del recto, incontinencia de orina, dificultad de sostenerse sobre las tuberosidades ciáticas, dolores en los lomos, tiranteces en las íngles y en el abdomen, náuseas, vómitos é infiltracion de los miembros inferiores: algunas veces se pone la cara pálida y abotagada, la piel pajiza y térrea, y se advierte una fiebre ligera por las tardes (Lisfranc, ob. cit., t. III, p. 338).

»En algunos casos se desarrollan los pechos y se llenan de leche (J. Franck), ó bien se disminuyen y marchitan (Behrends); las mujeres se creen embaradas, porque esperimentan los síntomas que acompañan á menudo al principio de la preñez, y hasta aseguran que sienten los movimientos de la criatura (Mauriceau).

»Curso, duracion y terminacion.—La enfermedad es ordinariamente continua; despues de haber durado muchos meses y aun años, puede terminar de un modo funesto, ya por el desarrollo de una peritonitis, ya por las alteraciones que sobrevienen en las funciones de la digestion y de la inervacion. Pero en el mayor número de casos termina en la curacion á beneficio de la evacuacion espontánea ó artificial del líquido.

»Esta evacuacion viene á veces acompañada de dolores espulsivos análogos á los del parto (J. Franc), y puede ser provocada por un movimiento repentino, como un esfuerzo muscular, un estornudo ó una tos violenta (Blegny). Una vez libre la matriz, se contrae poco á poco, y en ocasiones no se reproduce mas la enfermedad.

»La cantidad del líquido puede variar desde algunas onzas hasta muchas libras. Blanckard cita un caso en que habia 90 libras, y Vesalio otro en que se estrajeron 180; en general se hallan una ó dos libras (Lisfranc). El líquido es claro, trasparente, seroso, ó bien turbio, viscoso, súcio y negruzco. Muchas veces tiene un olor muy fétido.

»En algunos casos es la enfermedad intermitente periódica. Fernelio habla de una mujer, que en cada época menstrual empezaba por arrojar una enorme cantidad de agua, presentándose luego las reglas segun el órden natural; Tessier (*loc. cit.*, p. 3), ha visto otra mujer, cuyas reglas estaban remplazadas por un flujo menstrual de una cantidad bastante grande de agua perfectamente trasparente: Dubedat refiere una observacion análoga de una enferma que espelia todos los meses de 25 á 30 libras de agua clara, trasparente y algo cetritrina, y en seguida perdia durante dos dias algunas gotas de sangre poco encarnada. Despues de esta evacuacion quedaba la paciente en muy buen estado; pero se formaba muy pronto otra nueva coleccion de agua; el abdomen adquiria un volumen estraordinario, sobreviniendo mucha disnea, malas digestiones, frecuentes ganas de orinar, palidez de la cara, debilidad y lentitud del pulso, etc. Llegaba de nuevo la época menstrual; salia el líquido al esterior, y la mujer se sentia inmediatamente aliviada. Esta enfermedad contaba ya ocho meses de duracion (*Cas remarquable d'hidropisie uterine periodique*, en *Bulletin général de thérapeutique*, t. XIV, p. 314).

»Diagnóstico.—La hidropesia uterina se ha confundido á menudo con la preñez; sin embargo es fácil evitar este error, si se observa que en la primera faltan el traqueo y los movimientos activos del feto, ademas de que por la auscultacion solo se obtienen signos negativos.

»La renitencia mas oscura del tumor, la fluctuacion y el sonido macizo que da la percusion, no permiten confundir la hidrometra con la timpanitis uterina.

»Causas.—Son muy oscuras: cítanse la debilidad general ó local, la constitucion deteriorada, la menorragia, la dismenorrea, la amenorrea, la leucorrea abundante, la supresion de las flores blancas, los ataques frecuentes de histerismo, el cancer del útero, la metritis sub-aguda ó crónica, etc.; pero está lejos de hallarse demostrada la accion de estos modificadores. Los violencias esteriores son, segun Boivin y Duges (ob. cit., p. 258), las causas mas frecuentes y mejor comprobadas. Tambien

es una causa bastante comun la oclusion del orificio del cuello uterino por el moco concreto, por una cicatriz, por la adherencia de sus labios, etc.

»Segun Boivin y Duges la hidropesia uterina apenas se manifiesta mas que en mujeres casadas y jóvenes todavia.

»TRATAMIENTO.—«En el tratamiento de la hidropesia del órgano, dice Lisfranc (*loc. cit.*, p. 342), debe tratarse de combatir la enfermedad principal de que procede la acumulacion de líquidos, que por lo comun no es mas que un síntoma.» Efectivamente, tal es la indicacion mas importante; pero al mismo tiempo es necesario, si el orificio del útero estuviese obliterado, dar libre salida al líquido, introduciendo en la cavidad del cuello el dedo índice, una sonda de goma elástica ó de metal ó por último un trocar. Wirer se ha visto precisado á hacer la puncion del útero, pulgada y media mas arriba de la sínfisis del púbis y á la misma distancia de la línea blanca.

»Para hacer que se contraiga la matriz y favorecer de este modo la salida del líquido, se han aconsejado los purgantes drásticos, los vomitivos, los estornutatorios, las inyecciones y las lavativas irritantes y el centeno con cornezuelo; pero se ha de proceder con mucha prudencia en el uso de estos medios» (MONNERET y FLEURY; *Compendium de méd. prat.*, t. VIII, p. 378-381).

ARTICULO TERCERO.

De los acefalocistos del útero.

»Existen notables diferencias entre los acefalocistos y los quistes placentarios (*acefalocistos uterinos*, *molas hidatídicas*, *hidropesia hidática ó vesicular de la matriz*, *falsa preñez*, *hidrometra hidatidica vesicularis*). Las vesículas múltiples, cuya reunion constituye la mola en forma de racimo (*acephalocystis racemosa*, H. Cloquet), como tambien las vesículas separadas, que se encuentran en gran número en la placenta, tienen siempre uno ó varios pedículos mas ó menos largos, insertos en otros pedículos, por donde pasan evidentemente los vasos que sirven para su nutricion. Esta última circunstancia bastaria por sí sola para distinguirlos de los acefalocistos, que se hallan enteramente libres en la cavidad que los contiene, y no reciben su nutricion de vaso alguno. En ciertos casos se arrojan solas ó con restos de fetos las vesículas trasparentes que forman los quistes hidáticos, y en otros se halla la placenta enteramente convertida en estas vesículas, que pueden tambien limitarse á una parte de su estension. Todas estas hidátides uterinas dan lugar á falsas preñeces; pero no constituyen verdaderos acefalocistos.

»No hay mas signo cierto de la existencia de acefalocistos en el útero, que su espulsion al esterior, la cual se verifica frecuentemente cuando estan aislados (Gardien, *Traité des accouch.*, vol. I, página 559). Como las señales que los anuncian son las mismas que corresponden á las hidátides, referiremos las que á estas asigna Mougeot. «Tiene al parecer esta especie de embarazo dos síntomas especiales: existe una alternativa de flujos rojos y acuosos, que empiezan en la mayor parte de las mujeres desde el segundo mes, y continúan con intervalos mas ó menos largos hasta la época del parto. El cuello permanece siempre entreabierto, y varia poco de sitio y de figura. El término de las molas hidatídicas es tan incierto como el de las demas; pero comunmente se espelen del segundo al tercero mes» (Mougeot, *Dissertation sur les hydatides*). Percy ha visto tambien flujos cortos, que sobrevenian por intervalos, antes que espeliesen hidátides las enfermas (Chopart, *Malad. des vies urin.*, p. 50 y sig.). Segun Gardien, se halla demostrado por algunos observadores, que pueden estos tumores permanecer muchos años en la matriz.

»Los acefalocistos del útero pueden manifestarse independientemente de la union de los sexos. Las hidátides placentarias ó libres se encuentran mas á menudo en las mujeres casadas, que han tenido hijos ó pasado de la edad crítica. Mougeot dice que pudieran citarse veinte ejemplos de mola hidatídica en mujeres casadas para uno solo observado en solteras.

»Se han aconsejado inyecciones con oxicrato ó agua salada; cuyas sustancias, si es cierto que han aprovechado, habrá sido escitando las contracciones uterinas.» (MONNERET y FLEURY, *Compendium*, etc., t. I, p. 16).

»HISTORIA Y BIBLIOGRAFIA DE LAS ENFERMEDADES DEL UTERO.—Los antiguos conocian las enfermedades de la matriz y aun el espéculum, de lo cual es facil convencerse leyendo los libros de Hipócrates *De natura muliebri* y *De morbis mulierum*.

»Hipócrates en su libro *De la naturaleza de la mujer* describe sucesivamente: 1.º *la hidropesia de la matriz*: el vientre está inflado, las reglas fluyen en menor cantidad ó se suprimen, y la mujer se cree embarazada hasta que sale el agua al esterior: el tacto dará á conocer la enfermedad. 2.º *El descenso del útero:* las recien paridas caen en este estado cuando se entregan al coito demasiado pronto. Hace luego el autor una esposicion muy esacta de los síntomas. 3.º *Las diferentes dislocaciones*, cuyos caractéres indica con precision, tomándolos de la posicion que ocupa el órgano apreciada por el tacto. Cuando el útero está dislocado, no puede alcanzarse el orificio con el dedo; la mujer no tiene menstruacion ni concibe; sufre dolores en el vientre, en los vacios y en los lomos; no sabe cómo estar; pierde sus fuerzas, y ya ande ó esté de pie, siempre padece; cuanto come le incomoda, etc. Si la matriz se dirige hácia el recto, dificulta la salida de los es-

crementos. Algunas veces no pueden las enfermas orinar. Es necesario prescribir la quietud; prohibir toda especie de movimiento, haciendo que guarden cama las pacientes y que se coloquen los pies mas altos; lavar con astringentes y aplicar un pesario. 4.º *El catarro y la fisometra*: la mujer tiene un flujo blanco viscoso; se pone pálida, enflaquece, y muchas veces cuando la matriz está llena de mucosidades mas ó menos espesas, se forman gases. 5.º *La congestion*: cuando se dirigen las reglas al útero sin poder salir, tiene la mujer dolores; siente peso é incomodidad en los vacios y los lomos, y algunas veces se sofoca. 6.º *La induracion*: cuando se endurece el orificio ó el cuello de la matriz, se conoce tocándole con el dedo. 7.º *El reblandecimiento:* en los casos en que la matriz pierde su consistencia, son demasiado abundantes y frecuentes las reglas, y no se percibe con el dedo el orificio uterino, porque no opone ninguna resistencia.

»En los dos libros consagrados á las *enfermedades de las mujeres* vuelve á tratar Hipócrates de algunas afecciones de las ya indicadas. Despues estudia con un cuidado estraordinario los *desarreglos de la menstruacion*, sus causas y sus efectos; la *esterilidad*, las *enfermedades que sobrevienen durante la gestacion ó despues del parto*, y las *úlceras de la matriz*, que exigen cuidados minuciosos, porque ocupan una parte blanda que simpatiza con gran número de órganos. Si se forman úlceras de la matriz á consecuencia de abortos ó por cualquier otra causa, es preciso para curarlas tener en consideracion todo el conjunto de la constitucion de la enferma, á fin de conocer los remedios que conviene usar, ya se juzgue deber obrar en todo el cuerpo, ya en la matriz únicamente. Tambien se ocupa de la *metrorragia*, la *leucorrea*, el *histerismo*, etc.

¡Qué genio el de aquel hombre, que bajo el imperio de doctrinas fisiológicas y patológicas llenas de errores, pudo, tomando por único guia la observacion, descubrir y pintar enfermedades, cuyo conocimiento y descripcion, despues de muchos siglos de olvido, constituye en la actualidad una de las glorias de la ciencia moderna!

»Despues de Hipócrates quedó casi desierto el camino que tan acertadamente habia inaugurado. Celso y Galeno apenas hablan de las enfermedades del útero. Areteo reproduce y completa algunas descripciones de Hipócrates relativas á la leucorrea, á las induraciones, á las úlceras benignas y malignas, y á la caida de la matriz (*De morb. diuturn. curatione*, libro II, cap. 2).

»Aecio coordinó los materiales hipocráticos, y formó un cuadro completo y metódico de las afecciones del útero, indicando mejor el cáncer. Pablo de Egina copió á Aecio casi servilmente.

»Aqui nos vemos obligados á dejar un claro de muchos siglos, durante los cuales se descuidó tanto el estudio de las enfermedades del útero, que Moschion, compilador bastante moderno, segun la mayor parte de los bibliógrafos, no pudo hacer mas que reproducir la descripcion de los autores antiguos (*De passionibus mulierum*, edic. de Dewez; Viena, 1793).

»A Recamier pertenece el honor de haber llamado la atencion de los observadores acerca de las enfermedades del útero, no solo en Francia, sino tambien en el estrangero, habiéndole seguido de cerca Lisfranc y Jobert.

»Duparcque es uno de los primeros autores que han publicado en Francia un tratado de las afecciones uterinas, y esta circunstancia da mucho valor á su obra; pero es lástima que el autor haya creido deber confundir en una misma descripcion la metritis crónica, la induracion y el cáncer (*Traité theorique et pratique des alterations organiques simples et cancéreuses de la matrice*; Paris, 1831, 2.ª edic., 1839).

»La obra de Boivin y Duges contiene muchas observaciones interesantes, distinguiéndose estos autores por su juiciosa crítica y su acierto al apreciar los hechos. Describen perfectamente las dislocaciones, como tambien las úlceras y el cáncer (*Traité pratique des maladies de l'uterus*; Paris, 1833). Pauly ha dado á conocer las doctrinas de Lisfranc, y al reproducir las ideas de este cirujano, ha ilustrado mucho la historia de los infartos y de las úlceras simples de la matriz, estableciendo con claridad las bases de su tratamiento. Débese á Pauly una crítica severa, pero justa, de la amputacion del cuello del útero (*Maladies de l'uterus d'après les leçons de M. Lisfranc faites á l'hôpital de la Pitié;* Paris, 1836).

»Lisfranc ha consignado en su *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié* (Paris, 1842, 1843, t. II y III) los resultados de su vasta esperiencia. Muy á menudo hemos sacado materiales de esta fecunda mina, para escribir la historia de los infartos y de las úlceras. Jobert debe ocupar tambien un buen lugar en este bosquejo bibliográfico, por sus investigaciones anatómicas, y por haber introducido el cauterio actual en la terapéutica de las afecciones del útero. A este cirujano y á sus discípulos se deben las obras siguientes: Jobert *Du spéculum et de l'exploration du col uterin; Mémoire sur la cauterisation* en *Traité des plaies d'armes à feu*; Paris, 1833.—*Des nevralgies uterines*, en *Etudes sur le systême nerveuse;* Paris, 1838, t. II, p. 667.—*De l'hydropisie du col uterin;* en *Journal de chirurgie*, 1843, t. I, p. 265.—*Recherches sur la disposition des nerfs de l'uterus et application de ces connaissances à la phisiologie et à la pathologie de cet organe*, Paris, 1842, en 4.º—Laures, *Quelques considerations sur les ulcerations et les engorgements du col de la matrice;* tés. de Paris, 1844, n.º 44.—Bastien, *Des mal. du col de l'uterus*, tés. de Paris, 1845, n. 46.

»Entre las obras publicadas en el estrangero, citaremos las de Wenzel (*Ueber die Krankeiten des uterus*; Maguncia, 1816), de Joerg (*Aphorismen über die Krankheiten des uterus*,

Leipsic, 1819), de Hooper (*The morbid anatomy of the human uterus*; Lóndres, 1834), y de Lever (*A practical treatise on organic diseases of the uterus*; Lóndres, 1843).

»No recordaremos todas las memorias, tésis y monografías, que hemos citado en nuestro artículo; pero debemos hacer especial mencion de las investigaciones de Teallier (*Du cancer de la matrice*, etc.; Paris, 1836), de Pédebidou-Mereyt (*Essai sur les ulcerations du col de l'uterus*, tés. de Paris. 1835, núm.º 139), Hardy (*de l'Emploi des caustiques dans le traitement des affections du col de l'uterus*, tés. de Paris, 1836, n.º 96), Aubert (*des Deplacements de l'uterus*; tés. de Paris, 1846, n.º 203), Dumont (*des Granulations et ulcerations du col de l'uterus*, tés. de Paris, 1845, n.º 86), y Bennet (*des Ulcerations et engorgements du col uter.* en *Journ. des conn. méd. chir.*, t. XI, p. 177-226).

»La obra de Blatin y Nivet (*Traité des maladies des femmes*; Paris, 1842) y la de Colombat (*Traité complet des maladies des femmes*; Paris, 1843), son poco científicas, estan mal ordenadas, y no suministran ningun dato útil» (Monneret y Fleury, *Compendium de méd. pratique*, t. VIII, p. 392).

CLASE SEGUNDA.

Enfermedades que no se refieren á órganos determinados.

ORDEN I.

DE LAS FIEBRES.

CAPITULO PRIMERO.

De las calenturas en general.

»Definicion.—Cullen dice que las fiebres son unas enfermedades acompañadas de síntomas generales de pirexia (estado de languidez, sensacion de laxitud y otros signos de debilidad), *sin ninguna alteracion local esencial y primitiva* (*Genera morborum* y *Médecine pratique*, p. 64, t. I, 1819). Este sentido general dado por Cullen á la palabra *fiebre*, se aplica á todos los estados patológicos en que se observan los síntomas indicados, sin que puedan referirse á lesion alguna; tales son la fiebre tifoidea y los diversos tifus, la peste y la fiebre intermitente, las cuales forman el primer órden de las fiebres ó enfermedades febriles. Las inflamaciones, las enfermedades eruptivas, las hemorragias y los flujos son pirexias ó enfermedades febriles, pero no fiebres en el sentido en que toma Cullen con razon esta palabra.

»Segun Sauvages, las fiebres son unas enfermedades en que se observa pulso fuerte y frecuente, frio en la invasion, calor en el período de estado, sudores en la declinacion y abatimiento de fuerzas. Esta acepcion, que se separa mucho de la definicion de Cullen, y que está lejos de ser bastante precisa, no se aplica mas que á cierto número de estados febriles.

»Vogel define las fiebres diciendo, que son unas enfermedades con aumento preternatural de la temperatura normal, sequedad de la boca y sensacion de entorpecimiento.

»Sagar no ve en las fiebres mas que unas afecciones, caracterizadas por el frio, el calor, la frecuencia de pulso, la aceleracion de la respiracion, la debilidad de los miembros y el entorpecimiento, ú otra alteracion cualquiera de las fuerzas: la sola debilidad de los miembros, sin cambio alguno en el pulso ni evacuacion sensible, constituye tambien un signo de fiebre (*Systema morborum symptomaticum*; Viena, 1771, p. 253, en *Apparatus* de Cullen).

»Pinel dice que las calenturas son unas enfermedades, caracterizadas por frecuencia de pulso, aumento de calor, trastorno de la mayor parte de las funciones y falta de lesion local y primitiva; cuya definicion se halla todavia adoptada en la actualidad.

»*Verdadero sentido de la palabra fiebre.*—Hemos reproducido las definiciones de los nosógrafos mas célebres, para demostrar cuán vagos son los caractéres que han asignado á las calenturas, las cuales, segun la mayor parte de ellos, no son otra cosa que enfermedades con fenómenos febriles. Creemos inútil enumerar las que se encuentran esparcidas en otras obras; pues habiéndolas ya indicado esplícitamente al tratar de la fiebre (V. fiebre en general, t. I), solo debemos detenernos aqui en la distincion esencial que existe entre estas dos palabras *fiebre* y *fiebres*. La fiebre, no nos cansaremos de decirlo para evitar que estas palabras sigan autorizando la confusion que tanto tiempo ha reinado en las ideas, no es mas que un *modo* de ser de las enfermedades, que designaremos con Cullen bajo el nombre de *pirexias*, es decir, enfermedades con ardor ó enfermedades febriles. Las inflamaciones, las enfermedades eruptivas, las hemorragias y las fiebres son pirexias, es decir, afecciones que entre otros síntomas dan lugar á la fiebre. Tal es el sentido que asigna Stahl á la palabra fiebre, que segun él significa toda especie de movimiento febril desde la fiebre sintomática hasta las fiebres continuas. Este autor no ve pues en la fiebre mas que un síntoma de las enfermedades, un esfuerzo de la naturaleza, que se manifiesta siempre por varios fenómenos, á los que se ha convenido en dar el nombre de fiebre. Seria de desear, para que fuera mas esacto el lenguaje médico, que la palabra *fiebre* se tomára únicamente en el sentido que indica este ilustre vitalista, y que se creasen denominaciones diferentes para cada especie de fiebres: fácil nos será demostrar los vicios de que adolece esta última denominacion.

»Los antiguos, que fijaban especialmente su atencion en los síntomas de las enfermedades, habian notado que unas se acompañaban de fiebre, y otras recorrian todas sus fases sin dar lugar á este síntoma. Los médicos griegos y los partidarios de Hipócrates consideraban el aumento de calor como un elemento general, que se presenta en las enfermedades, y cuando existia solo con independencia de toda otra lesion, daban al estado patológico que entonces resultaba el nombre de *fiebre*.

»Admirable es por cierto la sagacidad y penetracion de los médicos griegos, que habian conocido ya perfectamente, é inscrito en sus obras, una distincion que se encuentra en la naturaleza: en las flegmasias, por ejemplo, el calor y los demas signos de la fiebre constituyen uno de los principales elementos de la enfermedad; pero en la fiebre intermitente estos síntomas son los únicos que podemos percibir de una manera distinta, y por lo tanto hay *una fiebre*, como decian los antiguos, esto es, una enfermedad cuyo elemento esencial, el único apreciable, es el estado febril.

»Celso conocia igualmente el verdadero significado de la palabra *fiebre*, y coloca las calenturas entre las enfermedades que ocupan toda la economía, admitiendo la efemera, la cuotidiana, la terciana, cuartana, hemitritea, la fiebre lenta, las pestilenciales y las intermitentes complejas (*De medicina*, cap. 1, l. III). Estas enfermedades se llamaron calenturas esenciales por la mayor parte de los autores que escribieron despues.

»Galeno establece con gran precision las diferencias que separan las fiebres de la fiebre. «Las unas, dice, dependen de flegmasias, y las otras de los humores: las primeras no son en cierto modo otra cosa que síntomas dependientes de partes inflamadas; por manera que el mal recibe su nombre del órgano afectado, como en la perineumonía y la pleuresia. Llámanse *fiebres* las enfermedades que resultan de los humores: y que no son síntomas, sino verdaderas enfermedades.»

»Si se meditan bien estos diferentes pasages, no hay necesidad de recurrir á otros manantiales; pues ellos contienen todos los elementos necesarios para dar una idea esacta de la palabra fiebres. Hasta se puede afirmar, que si los médicos, en vez de oscurecer el lenguage de los antiguos y añadirle sutilezas escolásticas, que han hecho por tanto tiempo estéril el estudio de la medicina, se hubieran limitado á interpretar rigurosamente las ideas emitidas por los médicos griegos y latinos, mas de una doctrina médica se hubiera tenido por falsa desde los primeros instantes de su aparicion, ahorrando así á la ciencia muchas discusiones inútiles, y permitiéndole seguir un curso mas rápido.

»La fiebre debe considerarse en la actualidad como un síntoma dependiente de una multitud de enfermedades, que ya hemos indicado al tratar de las causas de semejante estado morboso (V. FIEBRE EN GENERAL, t. I); es en cierto modo una forma comun á gran número de afecciones, que no tiene tanta importancia como por largo tiempo se le ha atribuido, sobre todo en ciertas doctrinas médicas, como por ejemplo en la escuela fisiológica. En nuestro sentir la fiebre es un elemento general, que no siempre anuncia ese otro elemento morboso al cual se ha querido referirla invariablemente, á saber, la inflamacion; pues se la encuentra á veces en enfermedades generales en que no hay irritacion inflamatoria, y si la hay representa un papel secundario. Sin razon pues han querido establecer los médicos un enlace íntimo entre la fiebre y la inflamacion, y deducir que existia la una porque encontrasen la otra.

»En cuanto al nombre de fiebres debe reservarse á *las pirexias ó enfermedades febriles sin ninguna alteracion local apreciable, esencial y primitiva*. Limitada á estos términos la definicion de las calenturas, necesita algunas esplicaciones. Ante todo veamos qué es lo que debe entenderse por estas palabras: *sin ninguna alteracion local, esencial y primitiva*. ¿Pertenece á esta clase por ejemplo la fiebre tifoidea? Para unos la gastro-enteritis, caracterizada por la ulceracion de las chapas de Peyero y por la inflamacion circunyacente, es una alteracion local, esencial y primitiva, que determina todos los accidentes patológicos observados en la enfermedad. Para otros la lesion de las glándulas agmíneas es independiente de toda inflamacion, porque ofrece un caracter específico; pero no por eso deja de ser la causa de todos los síntomas propios de la afeccion. Asi pues, para los médicos que sostienen una y otra de estas opiniones, la fiebre tifoidea no debe recibir el nombre de fiebre. Por el contrario, los que no ven en las ulceraciones de los folículos, en las erupciones diversas que se verifican en la superficie de la piel, en las hemorragias, el estupor, la ataxia, etc., sino efectos de una causa general cuyo asiento y naturaleza desconocemos, admiten entre las fiebres la calentura tifoidea. Nosotros adoptamos completamente esta opinion, y la sostendremos cuando llegue el caso; porque en este momento no seria oportuno referir las pruebas que militan en favor de semejante doctrina. Pero, aun admitiendo por un instante que los síntomas de las fiebres tifoideas dependiesen manifiestamente de la gastroenteritis ó de cualquier otra alteracion, hay todavia otras enfermedades en cuya designacion es absolutamente necesaria la palabra *fiebre*, sin que pueda escitar reclamaciones; y en este caso se hallan el tifus, la peste, la fiebre amarilla, el muermo, las viruelas, el sarampion y los demas exantemas; enfermedades, que son incontestablemente *fiebres*, es decir, afecciones febriles, pirexias sin ninguna afeccion local primitiva: nadie en nuestros dias querrá atribuir la fiebre de las viruelas á la erupcion de las pústulas, ó el movimiento febril de la es-

carlatina y el sarampion al exantema cutáneo. Y todavia es mayor la dificultad de localizar el mal en la peste, la fiebre amarilla, el muermo agudo y la calentura intermitente simple; pues en todas ellas desconocemos la lesion esencial y primitiva, no siendo posible considerar como causas materiales de los fenómenos morbosos las alteraciones de las vísceras y membranas tegumentarias, mucosas, etc.

»Si puede caber duda respecto de algunas de las enfermedades que se han incluido entre las fiebres, porque se crea suficientemente averiguado el asiento primitivo de la alteracion, no sucederá asi en muchas otras de las que hemos enumerado, como por ejemplo en aquellas que no ofrecen ninguna alteracion orgánica. Asi pues, si no queremos disputar únicamente sobre palabras, y nos atenemos solo á cosas sensibles y materiales, no podemos menos de conservar la palabra fiebre, para designar los estados morbosos febriles cuya lesion local, esencial y primitiva, no se ha llegado todavia á conocer, discutiendo cuando mas acerca del número de enfermedades á que debe aplicarse semejante nombre.

»Con estrañeza hemos leido en un artículo reciente de Littre las siguientes líneas: «Si algunas fiebres presentan alteraciones poco considerables, tambien otras se manifiestan con lesiones muy características, como por ejemplo las viruelas ó la fiebre tifoidea; y asi puede darse por resuelta la cuestion general de saber si las fiebres son ó no simples alteraciones de las propiedades vitales. Por lo tanto se ha de plantear el problema en otros términos, haciéndole consistir en la investigacion del caracter que distingue las fiebres de las demas enfermedades. Los médicos antiguos habian creido encontrarlo en la falta de toda lesion local; pero este hecho es falso y carece de base: en otra parte se ha de buscar semejante distincion» (art. FIEBRE *del Dictionnaire de médecine*, 2.ª edicion, p. 136).

»Repetiremos ante todo que las fiebres que solo presentan «*alteraciones poco considerables*» y con mas razon las que no ofrecen ninguna, deben conservar el nombre de *calenturas*, ó bien recibir otro; lo cual nos pareceria preferible. Pero no es esta la cuestion; pues conservando el nombre de calenturas es preciso dárselo á estas enfermedades.

«Otras se manifiestan con lesiones muy características, como por ejemplo las viruelas y la fiebre tifoidea.» Esto es incontestable; pero resta saber si tales lesiones serán efecto de la causa desconocida que produce la *fiebre* llamada *viruelas*, etc.; para lo cual seria preciso resolver una cuestion pendiente y que solo puede decidir la patologia humoral. De todos modos, se cree generalmente que las lesiones de que habla Littre, no son la causa de la fiebre; puesto que en las viruelas, los exantemas cutáneos y las fiebres tifoideas, pueden, como observa el mismo Littre (art. cit., p. 136), faltar las alteraciones que se consideran como características. No se supone ya en la actualidad que «las fiebres son simples alteraciones de las propiedades vitales;» se las admite porque no han podido descubrirse todavia las lesiones de que dependen, y que quizá consistan en alteraciones humorales. No tiene Littre razon en criticar á los médicos antiguos, por haber considerado como caracter esencial de las fiebres la falta de toda lesion local; porque todavia es hoy el mejor, é ignoramos que haya otro. Si, gracias á nuestros métodos rigurosos de investigacion y á las minuciosas observaciones de anatomia patológica, hemos llegado á escluir del número de las fiebres muchos estados morbosos que antiguamente se consideraban como tales; por los mismos medios nos consta tambien, que no es posible borrar enteramente la palabra *fiebre*, puesto que existen estados morbosos febriles, en que no puede apreciarse la lesion local y primitiva. ¿Es hacer que progrese la ciencia, incluir las viruelas, la fiebre tifoidea y muchas enfermedades de que hablaremos mas adelante, entre las afecciones de asiento y lesion determinados, mas bien que considerarlas como otras tantas fiebres? No lo creemos asi; antes al contrario opinamos, que es ventajoso admitir la existencia de un grupo de enfermedades llamadas *calenturas*, cuya lesion material, esencial y primitiva, no se ha descubierto todavia; de un estado morboso indeterminado, al que se aplica una denominacion, que se puede mirar como provisional, si se quiere, pero que debe conservarse hasta que se llene este vacio de la piretologia. Lo que acabamos de decir nos conduce naturalmente á la definicion de la palabra *fiebre esencial*.

»*¿Qué se entiende por fiebre esencial*? Los antiguos la definian: una enfermedad febril, caracterizada por simples alteraciones funcionales sin lesion material y apreciable de los órganos; pero esta acepcion de la palabra *fiebre esencial* se halla casi enteramente abandonada en la actualidad. Se ha reconocido muy positivamente, que las pretendidas fiebres esenciales de los antiguos no eran en su mayor parte otra cosa, que estados febriles sintomáticos. Caffin, Prost, y sobre todo Pinel, han limitado sucesivamente á un corto número de fiebres esenciales, las enfermedades que se habian reunido bajo este título. Broussais las borra completamente del cuadro nosológico, refiriéndolas todas á alteraciones determinadas. Los médicos que abrazaron las opiniones de este ilustre reformador, no admitian fiebres sin lesion orgánica ó funcional, y como creian haber demostrado estas lesiones en todas ellas desecharon la palabra *calentura*. En su concepto no existia mas que un movimiento febril, una fiebre sintomática, y no *fiebres*.

»A las acaloradas discusiones que suscitaron las teorias fisiológicas, sucedió muy luego una reaccion no menos enérgica, que volvió á po-

ner en boga las doctrinas tan criticadas poco antes. Se comprendió que no todos los estados febriles tenian su primitivo origen en las alteraciones, constantes ó variables, que se encuentran en los cadáveres; que estas no eran mas que uno de los elementos de la enfermedad, y que habia otro esencial y primitivo, que se ocultaba á todas las investigaciones. Desde entonces los médicos que sostenian estas doctrinas conservaron la palabra *fiebre*, sirviéndose de ella para designar las afecciones febriles, las pirexias sin alteracion local, esencial y primitiva, y cuyas lesiones orgánicas debian considerarse como dependencias de la enfermedad.

»Tal es tambien el sentido que damos nosotros á la palabra *fiebre esencial*. Creemos necesario añadir, que las fiebres esenciales no son para nosotros enfermedades sin lesiones, *sine materiâ*, en las que el principio vital, sirviéndonos de la espresion de algunos autores, es el único que se halla alterado.

»La esencialidad, comprendida de este modo, es en nuestro sentir un verdadero contrasentido; y no podemos admitir una enfermedad sin lesion material, persuadidos de que por necesidad ha de alterarse primitivamente alguno de los instrumentos de la vida, ó en otros términos, un tejido, un órgano, una molécula viviente, sólida ó líquida. Pero como hasta ahora no hemos podido averiguar esta lesion, ni determinar su asiento y naturaleza, damos el nombre de *fiebre* al estado morboso que entonces resulta, porque el movimiento febril y los síntomas piréticos son los que constituyen la alteracion mas evidente. Demasiado reconocemos los vicios de esta denominacion, y por lo tanto nos pareceria preferible designar con un nombre insignificante, ó compuesto de cualquier otro modo, los diferentes estados morbosos que se han calificado con el de calentura. El movimiento febril es sin duda uno de sus elementos esenciales; pero ademas de ser comun á enfermedades muy diversas por su naturaleza y asiento, como á todas las flegmasias simples ó específicas, hay en lo que se llama fiebres otros elementos que tienen todavia mas importancia. Asi, por ejemplo en las viruelas, el sarampion, etc., el exantema cutáneo, las pústulas ó las manchas, dependen tan esencialmente de la enfermedad como el movimiento febril; y por lo tanto las denominaciones de *viruelas* y *sarampion* nos parecen preferibles á cualquiera otra, porque son insignificantes y no dan una idea falsa de la naturaleza ó del asiento del mal. El estado pirético es uno de sus caractéres; pero como se presenta igualmente en gran número de enfermedades que difieren mucho entre si, no hay razon para reunirlas todas bajo una denominacion comun. En la fiebre tifoidea las ulceraciones intestinales, las manchas lenticulares y las hemorragias, constituyen elementos tan esenciales de la enfermedad como el estado febril. Diremos mas, las diversas espresiones de que se han servido los autores para representar esta fiebre, tales como la de dotinenteria y enteritis foliculosa, prueban que era conocida, desde hace bastante tiempo, la insuficiencia de la palabra calentura. La misma razon habia obligado á otros autores á añadirle alguna calificacion, para determinar mejor su naturaleza y asiento, fijándose por punto general en los fenómenos mas comunes y marcados: tal ha sido el objeto de las palabras *atáxica*, *adinámica*, *pútrida*, *comatosa*, etc., agregadas al nombre genérico de fiebre; palabras que en rigor espresan elementos morbosos tan importantes como el mismo estado febril. Nosotros emplearemos con preferencia la denominacion de *fiebres primitivas*, para designar las enfermedades piréticas en que el movimiento febril y los demas síntomas que observamos, no pueden referirse positivamente á ningun órgano ni á lesion alguna determinada. La fiebre secundaria ó sintomática es la que depende de una lesion apreciable local ó general; y esta espresion acaba de dar á conocer la de primitiva, de que nos valdremos nosotros á imitacion de muchos autores.

»La espresion de fiebre esencial ha suscitado controversias demasiado largas y sutiles, para que deba conservarse en el lenguage médico. Ya hemos esplicado sus diferentes sentidos, y solamente recordaremos, que si se quiere entender por ella una enfermedad febril constituida por una simple alteracion funcional, sin lesion primitiva de los sólidos ó de los diversos humores de la economía, se usa una palabra que no debe ya figurar en la patologia de nuestros dias; y que si por el contrario, se designan asi las enfermedades febriles, sin ninguna lesion esencial y primitiva, local apreciable, se espresa una verdad que no admite duda; pero no se dice de modo alguno que los síntomas piréticos sean efecto de una simple perturbacion de la vida. Por lo demas, creemos inútil, despues de lo que hemos dicho, detenernos mas sobre una definicion, cuyo sentido hemos especificado perfectamente. Los caractéres principales de las fiebres, de que seguidamente vamos á ocuparnos, acabarán de disipar las dudas que aun pueda tener el lector.

»Caracteres generales de las fiebres primitivas.—Tres son, segun Littre, los principales que pueden distinguir las fiebres continuas: «1.° el ser susceptibles de producir sus mas funestos y considerables efectos, sin que haya mas que una lesion anatómica sumamente ligera; 2.° el ser producidas por causas especiales, siendo evidente el contagio en la mayor parte de ellas, y en las demas una influencia particular, una especie de infeccion; y 3.° el presentar sus síntomas una generalidad, que no permite referirlos á las lesiones locales que se observan» (artículo Fiebre, *Diction. de méd.*, segunda edicion, página 136). Estos tres caractéres merecen sin duda toda la atencion que les concede Littre; pero luego veremos

que existen otros todavia mas importantes.

»En la actualidad hay una tendencia marcada á atribuir los síntomas de las enfermedades á las alteraciones que se encuentran en el cadaver. Sin embargo, los mejores observadores han reconocido que en las liebres primitivas no puede hacerse esta localizacion. En la calentura tifoidea y en las viruelas, por ejemplo, no pueden considerarse como orígen de los síntomas las pústulas, los exantemas ni la ulceracion de las chapas de Peyero: 1.° porque pueden faltar estas lesiones, desarrollándose los síntomas de la enfermedad lo mismo que si existiesen; 2.° porque la fiebre y los síntomas esenciales aparecen al mismo tiempo, y muchas veces antes que la lesion, lo cual prueba que esta no produce los primeros, sino que es como ellos efecto de una causa desconocida; y 3.°, en fin, porque la estension y generalidad de los síntomas, comparados con la pequeñez de la lesion, no pueden esplicarse únicamente por esta. Debemos pues concluir, que la lesion en ciertas fiebres no es mas que secundaria, y no constituye de modo alguno la causa del movimiento febril, ni de la mayor parte de los síntomas que se observan, existiendo una causa mas general que los domina á todos. No obstante, conviene añadir que hay muchos síntomas cuyo orígen dimana de las lesiones que se encuentran en el cadaver. En el estudio de las fiebres es preciso saber distinguir estos dos órdenes de fenómenos; porque los últimos se esplican perfectamente por las leyes ordinarias de la fisiologia patológica.

»La lesion anatómica que se encuentra en ciertas fiebres, como por ejemplo en la tifoidea, es bastante constante para que algunos le hayan referido toda la afeccion. Sin discutir aqui esta idea, contra la cual nos hemos decidido ya, convenimos únicamente en que dicha lesion es uno de los hechos mas notables en el curso del mal, pero no una alteracion primitiva; puesto que falta en algunos casos; que no se encuentra cosa parecida en la calentura amarilla, la peste, etc.; y por último que aun cuando fuera constante, no por eso deberian atribuírsele los accidentes de la enfermedad y el movimiento febril. Efectivamente, en los exantemas y en las viruelas la afeccion de la piel es característica, sin que por eso se la admita como punto de partida de los fenómenos morbosos.

»Por lo tanto: 1.° la falta de lesion, y 2.° el desarrollo simultáneo de los síntomas y de la lesion, ó la manifestacion consecutiva de esta despues de existir ya los accidentes, deben hacer que se consideren las fiebres como enfermedades distintas y no susceptibles de localizarse.

»La generalidad de los fenómenos es otro carácter no menos esencial de las fiebres: todas las funciones de la economia estan alteradas, de donde resultan numerosos desórdenes, cuyo asiento, aunque variable, son con mucha frecuencia los sistemas nervioso y locomotor.

»Otro caracter de estas afecciones es el de presentar desde el principio un conjunto de síntomas generales, que no se encuentran en otras, por lo menos en un grado tan marcado. Las fiebres eruptivas, el tifus, la peste, el muermo, y en una palabra, todas las pirexias primitivas, se anuncian desde el principio por alteraciones funcionales que ocupan casi todos los órganos. Nosotros consideramos esta generalidad de los fenómenos morbosos, su aparicion desde los primeros instantes del mal, y su persistencia en todo el tiempo de su duracion, como uno de los mejores caractéres, que pueden asignarse á las enfermedades que comprendemos con el nombre de *fiebres primitivas*.

»Una circunstancia patológica bien digna de notarse, y que pertenece á las fiebres, es la existencia de fenómenos precursores. En efecto, durante un tiempo variable y á veces bastante prolongado, se observan antes de la invasion del mal algunos síntomas, que constituyen sus prodromos, y que ya desde entonces anuncian por su generalidad y por una especie de consensus morboso, que se prepara un movimiento patogénico que ejercerá su accion sobre la economia entera. Recordando los síntomas con que invaden los exantemas, el tifo y todas las enfermedades generales de forma pirética, podremos convencernos de que antes que estalle el mal y determine accidentes marcados, existe ya una alteracion general, que tal vez pudiera referirse á los humores, y especialmente al fluido circulatorio.

»Las fiebres reconocen por causa un agente especifico, que se trasmite por contagio ó por infeccion. La primera causa no es dudosa por lo que toca al sarampion, la escarlatina, las viruelas y el tifo; se halla demostrada en concepto de muchos respecto de la peste y la fiebre amarilla; y únicamente en las fiebres tifoideas es donde parece ser objeto de mayores dudas. Los médicos que han tenido ocasion de observar esta calentura en localidades circunscritas, donde reina bajo la forma epidémica y con notable intension, no vacilan en atribuirle una naturaleza eminentemente contagiosa. Al paso que las enfermedades locales reconocen comunmente por causa la accion desordenada de los numerosos modificadores higiénicos; las fiebres, por el contrario, parecen desarrollarse bajo la influencia de un agente especifico que inficiona toda la economia. Esta especie de intoxicacion se halla demostrada: 1.° por la misma naturaleza del agente, que penetra por contagio ó infeccion y produce una enfermedad semejante á la que lo engendrara; y 2.° por la generalidad de los síntomas, que tienen este carácter desde el principio del mal y lo conservan hasta el fin. ¿Podriamos dispensarnos de considerar como un verdadero envenenamiento por un virus séptico, las viruelas, los exantemas, el muermo agudo, el carbunco, las pústulas malignas y todas las enfermedades que

resultan de la introduccion en la sangre de un agente químico, cuya accion no se localiza, sino que siempre se efectúa de un modo general?

»Finalmente, no vacilamos en afirmar, que en último análisis la alteracion de la sangre puede suministrar escelentes caractéres, para distinguir de otros estados morbosos el febril que constituye por sí solo toda la afeccion.

»Se habia creido con bastante generalidad, en una época distante de nuestros dias, que una alteracion general y primitiva de los humores podia por sí sola esplicar la produccion de las fiebres; cuya opinion, que es hoy mas probable que nunca, á causa de las investigaciones recientes que se han publicado sobre esta materia, ha de ejercer seguramente mucha influencia en la piretologia. Por de pronto, si bien puede conservarse alguna duda relativamente á la parte que tienen estas alteraciones en la produccion de las fiebres, no sucede lo mismo en cuanto á su existencia y naturaleza, que se hallan completamente demostradas por los análisis de Andral y Gavarret; cuyas investigaciones suministran un medio precioso de establecer el carácter fundamental de las fiebres primitivas simples, y diferenciarlas de todos los demas estados morbosos, que muchas veces se han confundido con ellas.

»Todos los pormenores en que vamos á entrar, los tomamos de las memorias publicadas sobre esta materia por los dos autores que dejamos citados; quienes nos han dado todas las esplicaciones necesarias, para aclarar las dificultades inherentes á una materia tan nueva. Nos serviremos de los resultados que han obtenido, para estudiar la cuestion de las fiebres bajo el punto de vista de las alteraciones de la sangre; íntimamente persuadidos de que las consideraciones á que sirve de base este estudio, no dejan de tener importancia para la piretologia moderna.

»Andral y Gavarret han examinado la sangre de individuos atacados de diferentes pirexias, y hé aqui los resultados que han obtenido.

»1.° En los prodromos de las fiebres continuas, y particularmente de la afeccion tifoidea, la cantidad de fibrina es normal (3 de 1000 partes de sangre), ó disminuye; pero jamás se aumenta. Los glóbulos sanguíneos, cuya cifra normal es de 127, se aumentan y suben á veces á 140; habiendo llegado en un caso á 157.

»2.° En las fiebres continuas simples (y por esta espresion entienden Andral y Gavarret los estados morbosos en que el movimiento febril no puede referirse á ninguna lesion) permanece la fibrina en su estado normal (3), y se aumentan los glóbulos.

»3.° En veintiun enfermos atacados de fiebre tifoidea, en quienes se practicaron 52 sangrias, se encontró la fibrina constantemente en su cantidad normal, ó disminuida de una manera notable: en ningun caso se la vió aumentada, y los glóbulos permanecian en su estado fisiológico ó en mayor número.

»Es necesario distinguir muchos casos, antes de sacar deducciones de este trabajo, y aplicarlas al estudio de las fiebres. Al principio la fibrina se conserva en su cantidad normal ó disminuye muy poco; pero esta disminucion es considerable cuando la enfermedad ofrece desde su invasion la forma ataxo-adinámica; es menos marcada en la forma inflamatoria, y en otros casos ni aun se la observa. En uno muy grave se encontró la fibrina en proporcion menor de 1 milésima (0,9), siendo esta la disminucion mas considerable que se haya observado en la fiebre tifoidea y en todas las enfermedades.

»Cuando se examina la sangre de un individuo atacado de fiebre tifoidea en el primer septenario, y antes que haya sufrido emisiones sanguíneas, se encuentra generalmente aumentado el número de los glóbulos en una proporcion tanto mayor, cuanto mas cerca se halla el mal de su invasion. Pero mas tarde, bajo la influencia de una dieta prolongada, y sobre todo de las emisiones sanguíneas, los glóbulos obedecen á la ley general, descendiendo de un modo notable.

»Débese pues establecer, que el caracter *fundamental de la sangre en la fiebre tifoidea es la disminucion de la fibrina*, que es tanto mas marcada, cuanto mas grave la fiebre tifoidea y mas graduada su forma ataxo-adinámica. Hay tambien esceso de glóbulos con relacion á la fibrina, que se halla poco disminuida al principio, mientras que en una época mas avanzada lo está algunas veces mucho, resultando que se conserva un esceso relativo de glóbulos. Dedúcese igualmente de estos análisis, que el caracter fundamental de la alteracion de la sangre, es decir, la disminucion de la fibrina, no se observa mas que en la forma grave de la enfermedad, y que en los casos ligeros se mantiene dicho elemento en su estado normal, constituyendo de todos modos un caracter negativo muy precioso para distinguir la fiebre tifoidea de las flegmasias (en las cuales está aumentada la fibrina) (Actas de las sesiones de la Academia de ciencias, número 4, julio, 1840, 2.ª memoria, p. 198). Estos caractéres resaltarán todavia mejor de la comparacion que vamos á hacer muy luego entre la sangre de las flegmasias y la de las fiebres.

»4.° En las fiebres eruptivas (viruelas, varioloides, sarampion, escarlatina) presenta la sangre alteraciones enteramente semejantes á las que se encuentran en las fiebres. Jamás hay aumento de fibrina como en las flegmasias; por lo comun permanece en su proporcion normal; á veces se disminuye muy sensiblemente, y los glóbulos aumentan ó bien se conservan en su número ordinario. Respecto de este punto conviene tener presentes algunas circunstancias, que no dejan de aclarar el verdadero significado de la lesion.

»La cantidad de fibrina es normal al principio; mientras que en el período de erupcion disminuye de una manera muy notable. Andral

observa con razon cuán importante es este resultado, que se halla en relacion con los síntomas; pues sabido es en efecto, que en el período de erupcion ofrecen muchas veces los síntomas de las viruelas grande analogia con los de la fiebre tifoidea, manifestándose en ambos casos hemorragias y accidentes ataxo-adinámicos, y el análisis de la sangre da tambien un resultado semejante en una y otra enfermedad (cantidad normal ó disminucion de fibrina).

»En la fiebre intermitente los resultados que se obtienen son completamente negativos, pero de mucha importancia, puesto que prueban que la fiebre por sí sola y con independencia de toda flegmasia, no aumenta la cantidad de la fibrina.

»Indiquemos ahora los principales caractéres distintivos que separan las flegmasias, es decir las enfermedades locales, de las pirexias, que son enfermedades generales por escelencia. Esta distincion no ha sido fácil durante mucho tiempo; porque las doctrinas médicas esparcidas por Broussais hacian confundir con demasiada frecuencia estos dos estados patológicos, que sin embargo son tan distintos. Pero en la actualidad puede llevarse á cabo esta separacion con el mayor rigor, por medio de las alteraciones conocidas de la sangre; las cuales se presentan de una manera tan clara y marcada, y al mismo tiempo tan constante, que nos permiten formular la siguiente ley: *en todas las enfermedades en que la fibrina escede sus límites fisiológicos, es decir, cuando se eleva á mas de* 5, *existe constantemente una flegmasia.* En el reumatismo y en la neumonia llega á elevarse hasta 10 milésimas; en las pirexias, y particularmente en la fiebre tifoidea, puede disminuir á algo menos de una milésima (0,9), cuya cifra es la mas baja que se ha observado en las enfermedades. Asi pues existe un estado inverso de la fibrina en las flegmasias y en las fiebres: en las primeras se aumenta siempre, y en las segundas permanece normal ó bien disminuye mucho. Respecto de este punto se observan diferencias notables en las diversas épocas de la fiebre tifoidea: al principio conserva la fibrina su cantidad normal, y solo disminuye cuando se manifiesta el estado tifoideo; aunque en muchos casos es bastante marcada esta disminucion desde los primeros dias. Teniendo cierta costumbre, hasta se puede presumir la disminucion de la cantidad de fibrina por la sola consideracion de los síntomas y de los accidentes propios del mal.

»Las dos leyes que separan las flegmasias de las enfermedades generales, pueden establecerse de la manera siguiente: 1.° en toda flegmasia hay aumento de fibrina; 2.° la persistencia de la fibrina en su estado normal ó su disminucion corresponden á un simple estado pirético.

»Añadiremos ahora, para aclarar mas esta fórmula general, que la fiebre es á menudo sintomática de una flegmasia local, y que entonces, como la sangre se halla dominada por la inflamacion, se aumenta la fibrina; pero que si la calentura no es efecto de un estado flogístico, sino que depende de la causa desconocida que produce los demas síntomas, la sangre ofrece una alteracion distinta y completamente diferente de la que se observa en la flegmasia. Diremos tambien que es preciso entenderse sobre el significado de la palabra inflamacion; pues en las viruelas, el sarampion y la escarlatina, hay una flogosis bien evidente en la piel, que al parecer deberia aumentar la fibrina en virtud de la ley que dejamos establecida; pero no sucede asi. En la fiebre tifoidea la ulceracion de las chapas de Peyero y la inflamacion que se manifiesta en sus inmediaciones, tampoco son capaces de alterar la sangre, como lo verifican las inflamaciones ordinarias, es decir, aumentando la fibrina. En la tisis tuberculosa ya es distinto, pues la fibrina escede su cifra fisiológica, á causa de las flegmasias que se desarrollan en el parenquima pulmonal alrededor de las masas tuberculosas. Es preciso pues establecer, que puede la fiebre coexistir con dos especies de inflamaciones: 1.° con una flegmasia procedente de la misma causa que produce la fiebre, como por ejemplo las viruelas, la escarlatina, el sarampion y la inflamacion de las chapas de Peyero, en cuyo caso no hay aumento de fibrina; y 2.° con inflamaciones desarrolladas durante el curso de la calentura, las cuales, aunque no tan frecuentes como se ha dicho, aparecen entonces como complicaciones, y no ya como simples elementos del estado general, habiendo en este caso un aumento de fibrina.

»Siendo muy marcado el movimiento febril en las flegmasias, se podria creer que el aumento de fibrina tenia alguna relacion con la intension de este movimiento y el tiempo que dura; pero bastará una reflexion para destruir semejante idea. En efecto, en las pirexias, tales como la fiebre tifoidea, la escarlatina, las viruelas y el sarampion, la fiebre es á veces muy violenta y de una duracion muy larga, y sin embargo la fibrina, lejos de hallarse aumentada, está disminuida, ó cuando mas se conserva normal. No tiene pues la fiebre por sí misma ninguna influencia en el aumento de fibrina; el cual es uno de los elementos de la enfermedad procedente de una causa mas general. Por otra parte haremos observar tambien, que la lesion de la sangre en las pirexias y flegmasias no puede esplicar por sí sola los síntomas que se observan; y efectivamente en las viruelas, el sarampion y la escarlatina, los síntomas son muy diferentes entre sí, en nada se parecen, y sin embargo la lesion de la sangre es una misma en todos los casos. No menos distintos son los fenómenos morbosos en la fiebre tifoidea, en la que se halla igualmente alterada la sangre del mismo modo que en las enfermedades que acabamos de referir. Es preciso pues admitir, que estas alteraciones de la sangre no son mas que uno de los elementos de

la afeccion, y que fuera de ellas hay otra causa patogénica que representa el principal papel. ¿Será acaso secundaria y subordinada á otra causa la alteracion de la sangre, que determina á su vez otros muchos síntomas? A la análisis química, ayudada de la esperiencia, es á quien corresponde decidir esta cuestion.

»Hemos abreviado mucho la esposicion de las importantes investigaciones de Andral y Gavarret sobre el estado de la sangre en las pirexias, limitándonos á comparar las alteraciones que existen en este caso con las que pertenecen á las flegmasias; pero ya hemos hablado y volveremos á hablar de esta materia en diferentes artículos de nuestra obra (REUMATISMO, NEUMONIA, FIEBRE TIFOIDEA, etc.). Lo único que hemos querido demostrar aqui es la línea divisoria entre las fiebres continuas y las flegmasias. Este resultado puede espresarse en los términos siguientes: *en las flegmasias hay falta de equilibrio entre los glóbulos y la fibrina, por hallarse esta aumentada; y en las fiebres falta de equilibrio igualmente entre la fibrina y los glóbulos, por hallarse estos en mayor número.*

»Fáltanos ahora saber cuáles son las enfermedades en que se observa esta disminucion, y que deben por lo tanto recibir el nombre de fiebres. Ya hemos visto que se ha hecho este estudio por lo que toca á la fiebre continua primitiva (téngase presente lo que hemos dicho sobre esta palabra), á la tifoidea, el sarampion, la escarlatina, las viruelas y la calentura intermitente simple; pero hay todavia gran número de enfermedades, que nos inclinamos á considerar como fiebres, fundándonos en las íntimas y numerosas analogias que tienen con las pirexias ya estudiadas, relativamente á los síntomas ó á las lesiones. Asi es que nos inclinamos á admitir, que hay alteracion de la sangre en el tifo, la peste, la fiebre amarilla; en las epidemias de fiebres graves con petequias, hemorragias, postracion; en el muermo agudo; tal vez en la difteritis, el sudor miliar, las afecciones carbuncosas y gangrenosas; en todos los envenenamientos miasmáticos; en las fiebres perniciosas y demas afecciones en que favorecen semejante idea la generalidad de los síntomas, la semejanza de estos entre sí, la falta de lesion ó su escasa intensidad comparada con los formidables accidentes que se desarrollan; en una palabra, en todos los casos en que se presenta el conjunto de caractéres que hemos asignado á las fiebres, esceptuando las alteraciones de la sangre, que son todavia desconocidas. Cuando hablemos de la naturaleza de las calenturas, haremos resaltar de nuevo estos caractéres comunes á todas las pirexias.

»Los pormenores en que acabamos de entrar sobre las alteraciones que esperimenta la sangre en las pirexias continuas, simples ó intermitentes, merecen un lugar importante en la historia de estas enfermedades, porque aclaran muchos puntos que han estado hasta el dia sumidos en la oscuridad. Para citar un solo ejemplo, recordaremos de nuevo que han servido para establecer la linea que separa las fiebres de las flegmasias. Asi, pues, hemos debido estudiarlos con mucha atencion, tanto mas, cuanto que semejantes investigaciones son demasiado recientes, para que se conozca ya toda su estension y las aplicaciones que pueden hacerse de ellas. Tal vez parecerán cuestionables á las personas que no estan familiarizadas con el estudio de las alteraciones humorales, y esta es otra razon mas que nos ha decidido á presentarlas con algunos pormenores y con la posible claridad. Estas consideraciones no son todavia, conviene decirlo y proclamarlo con sus autores Andral y Gavarret, sino los primeros pasos dados en un camino nuevo; mas no por eso son menos decisivas, dejando poco que desear con respecto á los notables resultados obtenidos en la cuestion de las flegmasias y las fiebres.

»Si los nuevos hechos que anunciamos parecen todavia dudosos á ciertas personas, por que no se hallan acrisolados por el voto de gran número de médicos, les haremos observar, que el deber de un autor que trata hoy de las fiebres, no es tan solo decir lo que se ha hecho, sino señalar los vacios que quedan por llenar, é indicar el camino que conviene seguir si se quiere hacer descubrimientos importantes. Antes de dejar esta materia, añadiremos con la mayor conviccion, que ateniéndonos esclusivamente á los datos que suministra un solidismo puro, es casi cierto que no podrá llegarse á obtener resultado alguno importante. Tiempo es ya de buscar en los líquidos de la economia, y particularmente en la sangre, los elementos de las enfermedades que no han podido encontrarse en el sólido vivo; y esta indagacion, que puede hacerse en la actualidad con algun buen éxito, gracias á la perfeccion que ha adquirido el análisis química, es la única que puede conducirnos á descubrimientos nuevos y capitales sobre la naturaleza y causa de las fiebres. Efectivamente, si hay en patologia un grupo de enfermedades en que puedan difundir alguna luz el análisis química y un humorismo severo, es sin contradiccion el que ahora nos ocupa. Asi, pues, no debe dudarse afirmar, que los que sigan este camino, recorrido todavia por un corto número de observadores que ya han tenido muchas ocasiones de distinguirse en él, podrán contar con la esperanza de alcanzar buenos resultados. Si todavia sintiesen algunos médicos cierta repugnancia á buscar en los diferentes humores de la economia las alteraciones que pueden esperimentar, les diremos que semejante paso es una consecuencia natural de la anatomia patológica, como lo ha demostrado uno de nosotros en una memoria consagrada al estudio de las alteraciones de la sangre (Monneret, *Recherches sur les alterations du sang* en *Gazette médicale*, 1840). En efecto, el humorismo moderno, fundado en el análisis química y en los esperimentos, ha tomado su origen en el soli-

dismo, por haberse reconocido que este era incapaz de esplicar una multitud de enfermedades, cuyo origen debia buscarse en la anatomia de los liquidos.

»Los caractéres de las pirexias que nos parecen mas esenciales, y que acabamos de examinar detenidamente, pueden resumirse del siguiente modo: *pirexias*, fiebres simples, sin alteracion local, esencial y primitiva: 1.° Van acompañadas de una alteracion en las proporciones de los diversos elementos constitutivos de la sangre (glóbulos y fibrina); alteracion completamente distinta de la que caracteriza las flegmasias, y suficiente para establecer entre estos dos órdenes de enfermedades una separacion marcada. 2.° Son primitivamente generales, es decir, que la causa morbifica no puede situarse en un tejido ú órgano limitado, sino que parece residir en el fluido circulatorio. 3.° Puede existir una lesion patológica constante en cualquier órgano; pero esta no es la causa de la enfermedad; asi como el exantema cutáneo y las pústulas no lo son de las fiebres llamadas *sarampion*, *escarlatina y viruelas*. 4.° Las pirexias son las enfermedades que con mas frecuencia carecen de alteraciones orgánicas. 5.° Cuando estas existen, ocupan gran número de órganos á la vez; lo que prueba que la causa morbosa es muy general (ejemplos: la fiebre tifoidea, las viruelas, etc.). 6.° Las engendra un agente específico, que penetra en la economia por inoculacion, infeccion ó contagio, y reproduce una enfermedad semejante á la que le diera origen. 7.° Se anuncia el mal en las fiebres por síntomas precursores. 8.° Los fenómenos morbosos son difusos generalmente, es decir, que se hallan alteradas casi todas las funciones de la economia, aunque en grados diversos. 9.° Estos síntomas, como tambien las alteraciones patológicas, indican una lesion de la sangre, demostrada, segun hemos dicho, por el análisis química.

»Estos caractéres, comunes á todas las fiebres, son lo mas preciso y menos oscuro que sabemos acerca de la naturaleza de tales enfermedades. Ya tendremos ocasion de volver á tratar de esta materia, tan largo tiempo controvertida, y que en la actualidad mas que nunca debe estudiarse con mucha reserva.

»División.—Se han hecho en la historia de las fiebres una multitud de divisiones, á veces útiles, pero mas comunmente vagas y nada importantes; haciéndolas estribar en la consideracion de las causas, los síntomas y la duracion, ó bien en el asiento ó naturaleza presunta de la calentura, etc. Pero estas divisiones solo ofrecen hoy un mediano interés para el patólogo que quiera atenerse esclusivamente á los hechos prácticos. No obstante, como su estudio puede enterarle de algunos hechos curiosos, y como en medio de tantas divisiones, las mas veces oscuras y arbitrarias, hay algunas fundadas en la naturaleza, y que existen todavia en la ciencia, nos parece indispensable referir sumariamente las mas admitidas, reservándonos describir mas adelante las principales especies.

»Atendiendo al tipo de las fiebres, se estableció la distincion muy antigua de estas enfermedades, segun que el movimiento febril persiste sin interrupcion, se reproduce por intervalos regulares, ó solamente se exaspera; de donde provienen las fiebres *continuas*, *intermitentes y remitentes*.

»El predominio de los síntomas es la condicion patológica que ha servido para fundar la mayor parte de las divisiones. Segun esta consideracion se han creado las denominaciones siguientes: *fiebre tifoidea* (con estupor), *ataxica* (síntomas desordenados), *adinámica*, *asténica* (con postracion), *sudoral* ó *eloda* (debilidad y sudor), *epial* (acompañada de un escalofrio vivo y de temblores), *lipiria* (fiebre en que las estremidades y las partes esteriores estan frias, mientras que un fuego interior parece consumir al enfermo), *asodes* (fiebre caracterizada por náuseas), *fricodes* (calor remplazado de pronto por un frio intenso), *ardiente*, *comatosa* (con modorra), *petequial*, *miliar*, *icterodes* (con coloracion amarilla, fiebre amarilla) y *álgida* (fiebre intermitente compuesta casi únicamente del estadio del frio).

»El conocimiento, verdadero ó supuesto, de las causas que producen las fiebres, ha dado origen á otras distinciones, como por ejemplo en *inflamatorias*, *biliosas*, *pútridas*, *mucosas*, *pituitosas*, *verminosas*, *adeno-meningeas* (enfermedad de las glándulas de la membrana mucosa) y *adeno-nerviosas* (afeccion de las glándulas y del sistema nervioso); cuyas denominaciones fueron creadas con objeto de dar á conocer la causa íntima de la pirexia. Otras veces se ha tenido en cuenta, para denominar el mal, una causa mas evidente, y en este caso se encuentran las fiebres *neumónica*, *pleurítica*, *cerebral*, *disentérica*, *hemorrágica*, *erisipelatosa*, *variolosa*, *escarlatinosa*, *sarampionosa*, *oftálmica*, *angínica y frenética*.

»Ya desde la mas remota antigüedad se dió grande importancia á la separacion de las fiebres, segun que resultan de una causa apreciable ó desconocida. De aqui nació la antigua division de las calenturas en sintomáticas ó secundarias, y en esenciales, primitivas ó primarias.

»Existen tambien otras divisiones, que estriban en la consideracion de las condiciones higiénicas que han dado orígen á la enfermedad: tales son las fiebres *esporádica*, *epidémica*, *estacional*, *temporal*, *invernal*, *estival*, *otoñal*, *contagiosa*, *infectante y endémica*, *de los pantanos*, *de los hospitales*, *cárceles*, *campamentos*, etc.

»Tambien se han distinguido las fiebres segun su duracion: las calenturas *agudas*, *crónicas hécticas* y *efémeras*, son pirexias que afectan un curso agudo ó crónico. Se han usado igualmente diversas denominaciones, basa-

das en el pronóstico del mal, como por ejemplo las de calenturas *benigna* y *maligna*.

»Escusamos detenernos á criticar minuciosamente todas estas divisiones. La mayor parte de ellas estriban en circunstancias patologicas, que estan lejos de tener igual interés; y hay muchas cuya interpretacion, completamente hipotética, ha influido desfavorablemente en el estudio de las fiebres; en cuyo caso se hallan por ejemplo, las denominaciones de fiebres *biliosa*, *pituitosa*, *mucosa*, *nerviosa y adinámica*. Todavia son mas dignas de critica las divisiones fundadas únicamente en la consideracion de los síntomas. En efecto, qué podian instruir al médico las palabras de *fiebre atáxica*, *adinámica*, *comatosa*, *sudoral*, etc.? Reconocemos sin embargo, que en una época en que estaba muy atrasada la anatomia, debieron fijarse los médicos en el estudio minucioso de los síntomas, para establecer los caractéres distintivos que separan las enfermedades. Dejemos pues á un lado todas estas divisiones, que solo sirven para representarnos con mucha esactitud las diversas fases por que ha pasado la piretologia. Sin embargo, hay muchas que merecen conservarse en la ciencia, como son las cuatro grandes clases de fiebres continuas, intermitentes, remitentes y exantemáticas; la de fiebres *esenciales* (ya hemos dicho el verdadero sentido que debe darse á esta palabra) no menos importante, y la de las *sintomáticas*. En cuanto á otras denominaciones, como las de *esporádicas*, *epidémicas*, *pestilenciales*, *malignas*, *pútridas*, *graves*, etc., son comunes á muchas enfermedades, y nada enseñan de especial en las fiebres.

»De las diferentes especies de fiebres y de algunas clasificaciones.—Para dar una idea general de las diferentes especies de fiebres, no podemos menos de adoptar cierto órden sistemático, y elegimos el propuesto por Selle, no porque lo consideremos mas exento de critica que los otros, pues lejos de eso reune todos sus defectos; sino porque decididos á presentar al lector una esposicion sucinta de las diversas especies de calenturas, y careciendo de una buena clasificacion, hemos preferido la de un autor que tenia un profundo conocimiento en la historia de semejantes enfermedades. Hemos creido, que la enumeracion de las diversas fiebres bien merecia un lugar en una obra consagrada á esponer los trabajos antiguos y el estado actual de la ciencia; y nos ha parecido indispensable presentar al lector algunas clasificaciones; porque este es el medio de dar una idea completa de la piretologia, y de manifestar el sentido en que se han usado diferentes denominaciones, que á veces se emplean todavia en la actualidad. Por lo demas, advertimos que se encontrará un completo desacuerdo entre las especies admitidas por Selle y las de los demas autores. Una enumeracion pura y simple, y en ciertos casos algunas observaciones críticas, bastarán para dar una idea de ellas.

»*Fiebre continua continente* de los autores, *sinoca*, συνεχής, de los griegos. Caractéres: movimiento febril continuo desde el principio de la enfermedad hasta el fin, sin ninguna exacerbacion, representando en cierto modo un solo acceso de fiebre.

»*Primer género.—Fiebre continente inflamatoria.*

»*Caractéres*: turgencia del sistema vascular, secura de la piel y de la lengua, orinas rojas de coccion, y sangre cubierta de una costra gruesa.

»1.ª especie. *Fiebre continente inflamatoria simple.*—Sinonimia.—*Sinochus imputris* de Galeno; *continua non putris* de Boerhaave; *synocha simplex* de Hoffmann; *synochus simplex* de Fernel; *febris inflammatoria simplex* de Huxham: *febris inflammatoria* de Stoll; *febris inflata* de Heurnius; *sinocha sanguinea* de Sennerto; *febris septenaria* de Plater; *febris continua inflammatoria* de Frank; *fiebre angioténica* de Pinel; *angioténica* de algunos autores y *angiopyria* de Alibert.

»*Caractéres*: pirexia continua sin remision, acompañada de escalofrios, de calor suave, halituoso y general; tumefaccion de la cara, rubicundez de los ojos, fuerza y frecuencia de los latidos arteriales; ninguna inflamacion local, y terminacion frecuente por epistaxis ó por sudores abundantes.

»2.ª especie. *Fiebre continente inflamatoria complicada*: 1.º con una inflamacion local de los ojos, de las orejas, de la laringe, de la faringe, de la lengua, de la traquearteria, de los bronquios, de la pleura, del mediastino, del pericardio, del diafragma, del pulmon, de la pleura y del pulmon, del hígado, del bazo, del corazon, de los riñones, de la vejiga, del útero, del estómago, de los intestinos, del mesenterio, del epiploon y del cerebro; 2.º con una erisipela; 3.º con un reumatismo; 4.º con un catarro de la nariz ó de los pulmones; 5.º con una disenteria (F. disentérica), y 6.º con exantemas (F. exantemática), peste, viruelas verdaderas ó falsas, sarampion, escarlatina (F. escarlatinosa), urticaria (F. urticaria, Vogel; escarlatina urticaria de Sauvages), con erisipela (F. erisipelatosa), con miliar (F. miliar, Sydenham y Hoffmann), con ampollas (F. ampollosa), con aftas (*aphtha febrilis* de Sauvages), y con petequias (F. petequial).

»Antes de pasar adelante, advertiremos que la fiebre continente inflamatoria simple (F. angioténica) era para los antiguos, y es todavia para algunos autores modernos, una verdadera pirexia esencial, es decir, un estado febril no sintomático (*nulla inflammatio localis*, Selle). En todas las opiniones emitidas sobre la naturaleza y el asiento de esta fiebre resalta el deseo de localizar. Unos creen que ocupa la totalidad del cuerpo; otros el sistema vascular, ó solo una parte de él, como el corazon, las arterias ó el sistema capilar. P. Frank fue el primero que colocó su asiento en los vasos, considerándola

especialmente como una flegmasia de la membrana interna de las arterias. Pinel adopta esta opinion, y da á la fiebre producida por esta causa el nombre de *fiebre angioténica* (ἀγγεῖον *vaso* y τείνω *yo estiro*). Broussais la atribuye á la irritacion gástrica, y Bouillaud solo ve en ella una flogosis mas ó menos viva del aparato circulatorio, consecutiva á una flegmasia de los órganos digestivos (F. biliosa ó meningo-gástrica). Esta flegmasia, ora es simple y primitiva, ora consecutiva á una inflamacion local que la complica (*Traité clinique et experimental des fievres dites esentielles*, p. 518-549, en 8.º; Paris, 1826). Desde la época en que fueron emitidas estas diversas opiniones, se han modificado mucho las teorias médicas, y asi como esta localizacion acredita á la vez los progresos de la ciencia y las tendencias dominantes en una época poco distante de nosotros, asi tambien las ideas actuales, aunque harto diferentes, prueban tal vez mejor todavia que la doctrina que nos ocupa, la importante revolucion que ha sufrido la medicina. Efectivamente, en la actualidad prepondera la opinion de que la fiebre inflamatoria simple es una pirexia esencial; porque á pesar de los métodos esactos de esploracion que poseemos, no siempre llegamos á encontrar la causa y asiento del mal; viéndonos obligados á volver á las ideas antiguas, y á considerarla como una fiebre. Nadie admite ya hoy que consista en una inflamacion de los vasos, del corazon ó de cualquier otro órgano; pero muchos médicos recomendables consideran, que la fiebre efémera, variedad de la inflamatoria, puede referirse á la plétora y á una escitacion momentánea de las funciones que dependen del sistema circulatorio general y capilar, bajo la influencia de cualquier causa fisiológica, ó con mas frecuencia todavia de alguna afeccion dificil muchas veces de determinar. Los análisis de la sangre hechos por Andral y Gavarret no permiten adoptar esta opinion. En efecto, en un caso en que estos autores encontraron todos los síntomas que caracterizan la fiebre inflamatoria, la cantidad de la fibrina era normal; pero los glóbulos habian llegado á la enorme cifra de 185 (la cifra normal es 127). Conviene recordar que en las inflamaciones se halla constantemente aumentada la fibrina, pudiendo á veces llegar hasta 10 milésimas (la cantidad fisiológica es 3 milés.). Ahora bien, si la fiebre llamada *inflamatoria* dependiese de una flegmasia del sistema vascular, del corazon ó de cualquier otro órgano, no permaneceria la fibrina en su estado normal, sino que se aumentaria proporcionalmente, pues hasta ahora no se ha encontrado escepcion alguna de esta regla; pero no sucede asi: la única alteracion que se ha observado, es un aumento de los glóbulos. Por lo tanto, si estos análisis de la sangre no nos ilustran sobre la verdadera causa de la fiebre inflamatoria, nos enseñan al menos que no es una flegmasia, y que debe volver á ocupar entre las pirexias el lugar que antiguamentetenia. Escusamos decir, que solo hablamos de la fiebre angioténica simple, que raras veces se presenta, siendo necesario asentar bien el diagnóstico antes de admitir su existencia.

»Ademas de la fiebre inflamatoria ó sinoca, Galeno, Fernelio y otros, distinguen la fiebre efémera, cuyos síntomas son los mismos que los de la inflamatoria, y cuya duracion no pasa de veinticuatro horas (ἐπὶ ἡμέρα, *de un dia*). Tambien se ha designado algunas veces la fiebre inflamatoria con el nombre de *fiebre efémera prolongada (ephemera extensa)*. La calentura efémera que duraba ocho dias habia recibido el nombre de *fiebre inflamatoria semanal*. Estas fiebres son unas afecciones fugitivas y ligeras, que tienen tendencia á disiparse por sí mismas. Cullen reunió con el nombre de *sinoca febril* la efémera y la inflamatoria. Huxham, Stoll y Selle, las habian comprendido ya con el de *fiebres inflamatorias*. Se han hecho de la efémera tantas especies, cuantas son las causas que pueden producirla; asi es que habia efémeras por tristeza, esperanza, temor, etc. (Avicena, Foresto).

»*Segundo género.*—1.º *Fiebre continua pútrida.*—*Caractéres.*—Lengua blanca al principio y despues seca y negra, calor mordicante, escreciones fétidas, pulso primero acelerado y un poco duro, y despues confuso y desigual; postracion, empañamiento de los ojos, estupor y temblores; algunas veces hemorragias y escreciones sanguinolentas; petequias lívidas; ojos, dientes y labios sucios; respiracion fétida, y meteorismo.

»1.ª *especie.—Fiebre continente pútrida continua*, *fiebre pútrida simple.*

»*Sinonimia.—Synochus putris,* de Galeno, Fernelio, Fortis, Sennerto y Bellini; *febris critica simplex guesnæi*; *fiebre adinámica*, de Pinel; *fiebre nerviosa y fiebre complicada con inflamacion*, *erisipela*, *reumatismo*, *catarro*, *disenteria y exantemas.*

»Orden 1.º—*Fiebre remitente; fiebre continua*, en cuyo curso se observa remision y exacerbacion de los síntomas.

»La fiebre remitente gástrica (*fiebre biliosa*, *gástrica*, *mesentérica* de Baillou, *biliosa*) da lugar á un conjunto de fenómenos morbosos bastante variable, que los autores han reunido en grupos, refiriéndolos á diferentes condiciones de la enfermedad. Cuando la bilis que ocupa el estómago y los intestinos es pura, se observan los síntomas siguientes: lengua limpia ó solamente cubierta de algunas mucosidades. Si la bilis está mezclada con moco, aparece la lengua sucia, cubierta de mucosidades tenaces y mas ó menos amarillenta, segun la cantidad de bilis; amargura ó sabor fétido de la boca, y anorexia. Mientras los humores no son espelidos de la economia, determinan síntomas bastante numerosos, entre los cuales se ha notado: intermitencia de pulso, sed, temblor de los labios y de los carrillos, insomnio, estupor y adormecimiento, convulsiones, postracion de

fuerzas, delirio, ictericia, hemorragias, la serosidad de la sangre de un color verdoso y orinas jumentosas.

»Si la bilis propende á buscarse una salida, varian los fenomenos que produce, segun que se dirige hácia las partes superiores ó inferiores: en el primer caso la lengua está cubierta de costras que pueden desprenderse con el dedo; la respiracion es fétida; hay náuseas, arcadas, vómitos de materias biliosas ó mucosas, sensacion de plenitud hácia la region precordial, enfriamiento de las estremidades, inquietud y ansiedad, dolores en los miembros, cefalalgia, zumbido de oidos; los ojos estan legañosos, y sobrevienen vértigos. En el segundo, es decir, cuando la materia biliosa se dirige á los intestinos ó las partes inferiores, las rodillas estan pesadas, los lomos se ponen doloridos, se abulta el vientre, hay borborigmos y cámaras líquidas y acres.

» *Primer género de fiebre remitente gástrica.*

»*Fiebre biliosa inflamatoria.*—Los signos de esta fiebre se componen de los que caracterizan la diatesis inflamatoria y la plétora biliosa. La simple enumeracion de las especies siguientes bastará para demostrar el modo como las constituyeron los patólogos antiguos.

»A. *Fiebre biliosa inflamatoria simple: fiebre pútrida con diatesis flogística, fiebre sinoca no pútrida*, de Grant; *fiebre colérica*, de Hoffmann; *fiebre remitente de los campos*, de Pringle, y *fiebre ardiente* ó *causus.*

»B. *Fiebre biliosa inflamatoria complicada.* 1.° con una inflamacion local de los ojos, de la faringe (*fiebre anginosa*, de Huxham), de las pleuras, del pulmon (*pulmonia biliosa*, de Foresto, Tissot y Stoll; *anfimerina perineumónica*, de Sauvages, y *perineumonia ardiente)*, ó de estos dos órganos á la vez, del hígado, de los intestinos, de estos y el peritóneo, de los riñones *(fiebre nefrítica biliosa)* y del útero.

»2.° *Fiebre biliosa inflamatoria complicada con erisipela* (fiebre erisipelatosa).

»3.° *Complicada con reumatismo.*

»4.° *Con catarro* de las fosas nasales y del pulmon (*peripneumonia catarrhalis*, de Sauvages; *peripneumonia notha*, de Sidenham, *febris catarrhalis epidemica*, de Huxham).

»5.° *Con disenteria*: síntomas de disenteria é infarto de las primeras vias, diatesis inflamatoria y escrementos biliosos, que contienen menos sangre que de ordinario.

6.° *Con exantemas*: *a.* peste; *b.* viruelas, sarampion, escarlatina, urticaria, pápulas, erisipela (*fiebre erisipelatosa*), erisipela biliosa, fiebre miliar, aftas *(febris aphthosa)*, fiebre petequial *(febris petechialis)* y fiebre ampollosa *(febris bullosa, pemphigus cum colluvie biliosa).*

»Las diversas especies de fiebres biliosas que acabamos de enumerar, son enfermedades cuyo asiento está bien determinado, acompañadas de movimiento febril y de un conjunto de síntomas, que, segun los autores, anuncian de una manera positiva la presencia de la bilis ó de sus principios. Ya veremos mas adelante, hasta qué punto es fundada esta opinion, y si es posible admitirla en la actualidad contentandose con las aserciones vagas y las mas veces falsas, que se han emitido sobre esta materia.

»*Segundo género de fiebre remitente gástrica.*

» *Fiebre biliosa pútrida.*—Los autores se contentan con afirmar, que los síntomas de esta clase de enfermedades dependen de una bilis pútrida, situada en las primeras vias, y de una sangre de igual caracter.

»1.ª especie. *Fiebre biliosa pútrida simple, febris putrida*, de Huxham; *febris flava putrida*, de Bruce; *tiphus icterodes*; *febris Indiæ occidentalis*, *flava maligna; mal de Siam*; *febris maligna-biliosa Americæ*; y *fiebre amarilla* de los modernos.

»2.ª especie, *complicada*: 1.° con inflamacion de la faringe, de la pleura, del pulmon (*peripneumonia typhoidea*, de Sauvages), de estos dos órganos á la vez, y del hígado; 2.° del estómago, de los intestinos y del útero, 3.° con reumatismo; 4.° con catarro; 5.° con disenteria *(febris disenterica putrida*, Zimmermann; *bilioso-contagiosa*, Degner), y 6.° con exantemas, como peste, viruelas, sarampion, escarlatina, erisipela, miliar, petequias (*febris petechialis nautica* de Huxham), y aftas (*febris aphthosa*).

Tercer género de fiebre remitente gástrica.—Fiebre con acumulacion de mucosidades en las primeras vias. Caractéres: la lengua y muchas veces la boca y la garganta, estan cubiertas de una materia blanca y glutinosa, y la sangre de una costra laminosa penetrada de serosidad. el coágulo es blando y disuelto; hay fiebre lenta; el pulso es débil é intermitente, y las orinas claras y ténues.

»1.ª especie. *Fiebre glutinosa gástrica*, sin afeccion local, de Sarcona.

»2.ª especie, *complicada*: 1.° con inflamacion local de la faringe, del pulmon, del hígado y del estómago; 2.° con catarro (*peripneumonia falsa atrabiliaria* de Grant); 3.° con disenteria, y 4.° con exantemas.

»3.ª especie. *Fiebre pituitosa, con presencia de lombrices en las primeras vias. Caractéres*: fuerte cefalalgia supra-orbitaria, que ocupa la raiz de la nariz y las partes inmediatas de la frente; vértigos, ojos hundidos, llorosos é hinchados, pupilas dilatadas; prurito en las fosas nasales y epistaxis; zumbido de oidos y sordera; lengua seca, cubierta de una ligera costra amarillenta y de aftas; sabor amargo y ácido en la boca, salivacion, dentera y rechinamiento de dientes; risa sardónica; insomnio, adormecimiento, delirio, convulsiones, alteracion de la respiracion y de los latidos del corazon; pulso variable, muchas veces intermitente, ansiedad precordial, dolores vagos en los miembros; estranguria, orinas ténues, claras

ó poco jumentosas; deyecciones alvinas pútridas, mezcladas con restos de lombrices y fiebre lenta.

»1.° *Fiebre verminosa inflamatoria:* A. especie: *fiebre verminosa inflamatoria simple* (*fiebre héctica verminosa* de Van-den-Bosch); B. complicada con una inflamacion local de los ojos, de la pleura y de los pulmones, ó solo de estos últimos órganos; C. con reumatismo (*rheumatismus verminosus* de Sauvages) D. con catarro; E. con exantemas.

»2.° *Fiebre verminosa pútrida:* A. simple; B. complicada.

»Género VI. *Fiebre remitente gástrica con metastasis láctea hácia las vísceras abdominales*: *fiebre puerperal* de los autores, y *metro-peritonitis y flebitis puerperal* de los modernos. *Caractéres*: tension y sensibilidad estremada del vientre; dolores vagos y lancinantes en todo el abdomen; pulso pequeño, oprimido y nervioso, lóquios blancos, puriformes y á veces fétidos.

»1.ª especie. *Fiebre puerperal*: 1.° con constitucion biliosa inflamatoria; 2.° con ulceracion interior de los pulmones; con empiema; con úlceras en el hígado, bazo, pancreas, riñones, útero, mesenterio, estómago é intestinos; 3.° con obstruccion de las vísceras (*héctica hepática mesentérica*).

»ORDEN III. *Fiebres nerviosas ó atáxicas.*

»*Síntomas*: Sensibilidad é irritabilidad estremadas y anormales en todas las partes, fiebre desordenada no continua, ni remitente con regularidad, y síntomas nerviosos.

»Género I. *Fiebre nerviosa aguda.—Caractéres*: Escalofrios irregulares, sudores ligeros, pulso pequeño, bastante duro, y lento ó acelerado; dolores en las articulaciones y region precordial, pulsaciones en este punto y hácia el ombligo; alteracion de la voz, que es aguda y ronca por intervalos; lengua áspera, seca, blanca y temblorosa; náuseas y vómitos eruginosos, remplazados hácia el fin por un flujo de saliva; tenesmo vesical, orinas ténues y claras; ojos fijos, brillantes, rojos y empañados; zumbido de oidos, ó bien dureza de estos órganos ó mas perspicacia que de ordinario.

»Especies: 1.° frenesí; 2.° fiebre soporosa; 3.° hidrofobia; 4.° fiebre nerviosa aguda de las puérperas.

»Género II. *Fiebre atáxica.—Fiebres nerviosas agudas*, producidas por contagio.

»Especies: 1.° sudor inglés; 2.° peste aguda, y 3.° fiebre nerviosa pútrida (*febris pestilentialis* de Grant); peste.

»Género III *de las atáxicas; fiebre lenta verminosa.—Caractéres*: Dolor y pesadez de cabeza, vértigos, náuseas, dolor y opresion en la region precordial; náuseas, vómitos de una materia ácida; sollozos; lengua blanca al principio y despues seca y árida, poca sed, lengua temblorosa; una especie de entorpecimiento y soñolencia, y á pesar de esto, insomnio ó sueño ligero, fugaz, pesado é interrumpido por desvarios horribles y que no producen ningun alivio al enfermo; ojos lánguidos, sórdidos y que huyen de la luz; distribucion desigual del calor y del frio en la superficie del cuerpo; la cabeza está ardiente y las estremidades inferiores frias; el calor que se percibe con el tacto, no escede la temperatura normal del cuerpo, mientras que el enfermo dice que esperimenta un calor ardiente interior; sudores vagos y frios; orinas ténues, claras ó á veces turbias; convulsiones, delirio, rara vez furioso, mas bien tranquilo, acompañado de movimientos de las manos y labios; vista fija, como si el enfermo mirase alguna cosa con atencion; las fuerzas disminuyen en tales términos, que basta un simple trabajo intelectual, para que sobrevengan síncopes y sudores frios; se ponen frescas las estremidades; el pulso tembloroso é intermitente; los enfermos estan al principio sumamente irritables; pero mas tarde se vuelven sordos y estúpidos: al acercarse la muerte es remplazado el delirio por el coma, las escreciones son involuntarias y las convulsiones apopléticas terminan con la vida del paciente.

»1.° *Fiebre nerviosa simple* (*febris hectica* de Willis; *fiebre lenta nerviosa* de Huxham, y *fiebre lenta maligna* de Vogel).

»2.° *Fiebre nerviosa complicada* con exantemas, como viruelas, sarampion, miliar, escarlatina, y flegmasia de algun parenquima.

»3.° *Fiebre nerviosa complicada con disenteria.*

»ORDEN IV. *Fiebres intermitentes.—Caractéres*: escalofrios seguidos de calor y sudores, constituyendo accesos de fiebre, y apirexia completa en los intervalos.

»Género I. *Fiebres intermitentes inflamatorias.*—Consisten en una fiebre intermitente, en la que está caliente la piel, roja y halituosa, y el pulso dilatado y lleno durante el segundo estadio.

»1.ª especie: *fiebre intermitente inflamatoria simple*; 2.ª especie: *fiebre intermitente inflamatoria complicada* con inflamacion de los ojos, la pleura y el pulmon.

»Género II. *Fiebre intermitente inflamatoria biliosa, intermitente gástrica.*

»*Síntomas*: vómitos de materias biliosas, signos de policolia y de plétora sanguínea, y comunmente accesos tercianos.

»1.ª especie: *fiebre intermitente simple*; 2.ª especie: *complicada* con inflamacion del pulmon y de la pleura.

»Género III. *Fiebre intermitente biliosa pútrida*, *fiebre intermitente atáxica y adinámica* de Pinel, y *maligna* de los autores.—En esta forma se observan signos de turgencia biliosa, de alteracion pùtrida de la sangre, y diversos síntomas nerviosos muy graves: la apirexia es muy corta.

»Género IV. *Fiebre intermitente mucosa.*

»*Síntomas:* estadio de frio, ora ligero y muy largo, ora violento y convulsivo, acompañado muchas veces de náuseas, vómitos, cefalalgia,

tumefaccion del abdómen y deyecciones. Es comunmente cuotidiana ó cuartana y en ciertos casos errática.

»Género V. *Fiebre intermitente verminosa.*

»*Síntomas*: los mismos que resultan de la presencia de vermes intestinales.

»Género VI. *Fiebre intermitente nerviosa.*

»Hemos espuesto sucintamente las principales divisiones admitidas por Selle en la piretologia, para que pueda el lector examinar de una ojeada los principales órdenes, géneros y especies de calenturas, establecidas generalmente por los autores. En efecto, entre los que han escrito sobre estas enfermedades, se distingue Selle por su profundo conocimiento de la literatura antigua y de las obras publicadas por sus contemporáneos, que no deja de citar á cada paso. Examinando los caractéres que corresponden á cada especie, puede adquirirse una idea bastante precisa de las innumerables formas que revisten las enfermedades, malamente designadas con el nombre de *fiebres*. Antes de hacer resaltar las importantes observaciones á que dan origen las varias divisiones que han hecho los autores en piretologia, es indispensable presentar el cuadro de las principales clases de fiebres admitidas por los nosógrafos mas célebres. En seguida demostraremos los vicios radicales de semejantes divisiones y los numerosos errores que casi todas encierran; lo cual nos conducirá naturalmente á designar las enfermedades febriles que deben conservar el nombre de tales, y á esponer las doctrinas que han propuesto sucesivamente los patólogos sobre la naturaleza íntima de la fiebre y de las fiebres.

»Linneo adopta una division de las fiebres bastante singular, colocando entre ellas las enfermedades siguientes:

»I. Las *fiebres exantemáticas*, que comprenden: 1.º las *fiebres contagiosas*, como la peste, las viruelas, el sarampion, las petequias y la sífilis; 2.º las *esporádicas* que son la *miliar* y las aftas, y 3.º las solitarias, que estan constituidas por la erisipela.

»II. Las *fiebres críticas*: 1.º *continentes*, á saber: la efémera, la sinoca y la fiebre lenta; 2.º *críticas intermitentes*, á las que corresponden la cuotidiana, la terciana, la cuartana, la cuartana doble y la irregular; 3.º *críticas y exacerbantes*, á las que pertenecen: la anfemerina (derivada de ἀμφὶ *alrededor*, y ἡμέρα *dia*), cuyos accesos aparecen todos los dias sin intermision completa (fiebre continente y cuotidiana reunidas); la triteofia (de τριταῖος *tercero* y φυω *yo nazco*; fiebre continente unida á una terciana); la tetartofia (de τέταρτος *cuarto* y φυω *yo nazco*; fiebre continente unida á una cuartana); la hemitritea (de ἡμισυς *mitad* y τριταῖος tercero), que es la triteofia y anfimerina reunidas, y segun otros una combinacion de fiebre cuotidiana y terciana, presentándose un acceso todos los dias y otro mas intenso cada segundo dia; y por último la héctica.

»III. *Fiebres flogísticas*: 1.º *membranosa*, á la que se refieren la frenesia, la parafrenesia, la pleuresia, la gastritis, la inflamacion del recto y la de la vejiga; 2.º *parenquimatosa* que comprende las flegmasias del cerebro, de la garganta, del pulmon, hígado, bazo, riñones y útero (histeritis); 3.º *muscular*, que es el flemon; 4.º *acompañada de dolores internos*, cefalalgia, hemicranea, pesadez de cabeza, oftalmias, otalgias y odontalgias, anginas, soda, cardialgia, gastralgia, enteralgia, cólicos intestinales, hepático, esplénico, pleurítico, neumónico, nefrítico y uterino, dolor de la vejiga, de las partes genitales y del ano, y 5.º *fiebre acompañada de dolores esternos*, como el reumatismo articular y muscular, dolores osteocopos, etc.

»Hemos citado esta clasificacion, para demostrar el modo como entendia el ilustre botánico la distribucion de los géneros y especies de las enfermedades. Fácil es convencerse, de que el aspecto esterior de las afecciones llamó con bastante esceso su atencion, sin que por eso dejara de apreciar algunos caractéres esenciales derivados de su naturaleza íntima.

»Sauvages establece un primer órden de fiebres, que contiene: 1.º las *continuas*, en las que incluye la efémera, la sinoca (*sinocha*), el sinoco (*sinochus*), el tifus y la héctica.

»2.º Las *remitentes*, á las que se refieren: la *anfimerina*, cuyas remisiones son cuotidianas, y los paroxismos acompañados de frio (horror); la *triteofia*, en la que la remision se verifica al tercer dia y el escalofrio es apenas marcado, y la *tetartofia*, en la que no sobreviene la remision hasta el cuarto dia.

»Orden II.—*Fiebres intermitentes*, cuotidiana, terciana, cuartana y errática.

»No coloca en la clase de las pirexias las inflamaciones ni los exantemas.

»Vogel admite una clase de fiebres *intermitentes*: 1.º *simples*, cuotidiana, terciana, cuartana, quintana, sestana, septana, octana, nonana, decimana, vaga y unida á la menstruacion; 2.º *duplicadas*; terciana y cuartana duplicadas, y 3.º *triplicadas*: cuartana triplicada.

»*Fiebres continuas*: 1.º *simples*, que comprenden la cuotidiana, la sínoca, la producida por los deseos venéreos, la fiebre frenética, la epial, en la que esperimentan los enfermos una sensacion intensa de frio y una contraccion muscular involuntaria; el *causus*, fiebre ardiente que se exaspera el tercer dia y va acompañada de sed viva, sequedad estremada y color negro de la lengua; la *fiebre elodia*, caracterizada por un sudor abundante y continuo, que se manifiesta desde el primer dia y va seguido de una postracion considerable de fuerzas; el *letargo*, fiebre en la que se suceden el estupor y el delirio; la *tifomania*, en que los síntomas son una mezcla de fenómenos morbosos pertenecientes al frenesí y al letargo; la *leipiria*, en que estan las estremidades frias, las partes internas quemantes y el pulso pequeño

y confuso; la *fiebre fricodes*, en cuya declinacion sobrevienen escalofrios acompañados de espasmo muscular; la *língodes*, en que el enfermo está sollozando desde el principio hasta la resolucion del mal; la *asoda*, en la que tiene el paciente una sensacion continua de inquietud y disgusto; las *fiebres colérica* y *sincopal*; la *hidrofóbica*; una fiebre que Sauvages llama *oscitans*; la *icterodes*, que determina un color amarillo en toda la piel; la *pestilencial* (peste), y la *siriasis*, afeccion particular de los niños, en la que está seca y pálida la piel, es nulo el apetito, los ojos se presentan hundidos y deprimidas las fontanelas.

»2.° *Continuas complejas*: exantemáticas; fiebre variolosa, sarampionosa, miliar, petequial, escarlatinosa, urticaria, ampollosa, varicelosa, penfigóidea y aftosa.

»3.° *Fiebre inflamatoria*: frenesí, quémosis, oftalmia, otitis, anginas, pleuresias, perineumonias, inflamacion del mediastino, del pericardio y del corazon; parafrenitis, gastritis, enteritis, hepatitis, esplenitis, mesenteritis, epiploitis, peritonitis, flegmasia de los músculos abdominales, pancreatitis, nefritis, cistitis, metritis, fiebre erisipelatosa, gotosa, del panadizo, y cisotitis (inflamacion del ano).

»4.° *Fiebres sintomáticas*: apopléctica, catarral, reumática, hemorroidal, láctea, traumática, supurativa, lenta y héctica.

»Sagar no establece mas que tres órdenes de fiebres: 1.° *Las fiebres continuas*, que comprenden la efémera, la semanal, la fiebre llamada *decatesera*, que recorre sus períodos en catorce ó veintiun dias, el tifus y la héctica. 2.° En el segundo órden se encuentran las *remitentes*, en las que incluye la anfimerina, la triteofia y tetartofia. 3.° El tercer órden comprende las cuotidianas, tercianas, cuartanas y erráticas.

»En la clasificacion de Cullen nos detendremos mas que en las anteriores; porque este médico es el que mas ha contribuido á dilucidar el estudio de las fiebres, y sus ideas se hallan bastante acordes con muchas opiniones médicas del dia.

»La primera clase de su nosografia se halla consagrada á la historia de las pirexias (*pyrexiæ*), es decir, enfermedades con fiebre (*post horrorem*, *pulsus frequens*, *calor major*, *viribus artuum imminutis*); la cual comprende cinco órdenes, que son: 1.° las *fiebres*; 2.° las *flegmasias*; 3.° los *exantemas*; 4.° las *hemorragias*, y 5.° los *flujos*. Las fiebres, que son las únicas que deben ocuparnos, se dividen en dos secciones, á saber: 1.° las *fiebres intermitentes*; y 2.° las *continuas*.

»I. *Fiebres intermitentes*: 1.° *terciana* con apirexia completa ó con simple remision, terciana doble, terciana duplicada, terciana triple y hemitritea; la cual aparece todos los dias, pero con una remision mas sensible entre el dia impar y el par que entre este último y el primero; 2.° la *fiebre cuartana* con apirexia completa ó simple remision; 3.° *fiebres erráticas*, constituidas por tercianas en que falta un acceso, ó bien por fiebres cuartanas en que se anticipa la calentura, y 4.° *cuotidiana*.

»II. *Fiebres continuas*: 1.° *fiebre inflamatoria* propiamente dicha, cuyas especies son la fiebre continua de Boerhaave, la efémera y la sinoca simple. Las *fiebres inflamatorias sintomáticas* son la efémera por indigestion, la que precede á las reglas, la sinoca catarral, la escorbútica, etc.

»2.° *Tifus* ó fiebre lenta nerviosa de Huxham. Cullen comprende con el nombre de *tifus moderado* las fiebres lentas nerviosas de los modernos, y con el de *tifus grave* las fiebres que se llaman comunmente *pútridas*. Este autor establece dos especies de tifus: 1.° el petequial, y 2.° el icterodes ó fiebre amarilla.

»El *tifus petequial moderado* de Cullen comprende las enfermedades siguientes: la fiebre maligna héctica, ó nerviosa convulsiva de Willis; la pestilencial de Fracastor y Foresto; la fiebre nueva del año 1685 (Sydenham); la pútrida nerviosa de Wintringham; la lenta nerviosa de Huxham; la contagiosa de Lind; la fiebre maligna con sopor, y la nerviosa remitente de Manget.

»El *tifus grave* comprende: 1.° la fiebre maligna pestilencial; 2.° la de las cárceles y hospitales; 3.° la de los campamentos y ejércitos; 4.° la miliar escorbútica, y 5.° las petequiales malignas: tambien incluye en este grupo el *tifus icterodes ó fiebre amarilla*, *el sudor inglés y el de los Picardos*. La *fiebre pútrida* resulta de la combinacion de la lenta nerviosa con la inflamatoria (fiebre continua pútrida de Boerhaave), y sus variedades son: 1.° la sinoca sanguínea ó fiebre depuratoria, observada por Sydenham; 2.° la continua epidémica del mismo autor, y 3.° la fiebre ardiente de Riverio.

»Ya ve el lector que el número de especies admitido por Cullen es muy limitado. Las fiebres intermitentes, cuyas formas distingue tan hábilmente, y las continuas, entre las que separa la fiebre inflamatoria y los grandes tifus; tales son, en una palabra, las que considera este autor como fiebres propiamente dichas. Ya veremos cuán cerca está de la verdad semejante manera de pensar. Cullen coloca inmediatamente despues de las fiebres los exantemas ó fiebres eruptivas, de las que forma un grupo perfectamente natural.

»Hénos ya llegados á Pinel, cuya clasificacion, precisa y filosófica, ha contribuido tanto á sacar la piretologia del caos en que estaba sumida. Este autor admite seis órdenes de fiebres esenciales: 1.° la angioténica ó inflamatoria; 2.° la meningo-gástrica ó biliosa; 3.° la adeno-meningea ó mucosa; 4.° la adinámica ó pútrida; 5.° la atáxica ó maligna, y 6.° en fin, la adeno-nerviosa ó pestilencial.

»La fiebre angioténica (inflamatoria, sinoca simple y efémera de los autores) es una pirexia continua, sin remisiones, caracterizada por una invasion repentina y por todos los signos de es-

citacion del sistema vascular, como son: calor, rubicundez y abultamiento de los ojos, de la cara, fuerza y frecuencia de pulso. Esta fiebre se parece por sus síntomas á un acceso de calentura intermitente; pero no tiene exacerbaciones. Pinel coloca el asiento y causa de esta enfermedad, con P. Frank, en una inflamacion de la cara interna de los vasos, y particularmente de las arterias. Esta fiebre comprende la efémera y la inflamatoria propiamente dicha, cuya division, ya muy antigua, está fundada en la duracion del mal. P. Frank distinguia tambien en ella una forma aguda y otra crónica (*Epitome de curandis hominum morbis*).

»La fiebre meningo-gástrica, llamada asi porque cree Pinel que la afeccion es producto de una irritacion particular, que tiene su asiento en las membranas del tubo digestivo (μήνιγξ membrana), sobre todo del estómago y del duodeno, igualmente que en los órganos secretorios de la bilis y del jugo pancréatico (*Nosographie philosophique*, t. I, p. 9, 5.ª edicion), constituye la fiebre biliosa gástrica y la sinoca pútrida de los autores. Puede ser simple, ó complicada con la fiebre angioténica (*Causus* de Hipócrates, Areteo, Aetius y Alejandro de Tralles); con la mucosa tifoidea remitente, con un estado adinámico, atáxico, con exantemas, etc.

»La fiebre adeno-meningea ó mucosa (de ἀδὴν, glándula, y de μήνιγξ, membrana) es una pirexia, en la que todos los síntomas indican una irritacion de las membranas mucosas del tubo intestinal (ob. cit., t. I, p. 9), y que ha sido descrita con los nombres siguientes: *morbus mucosus*, de Rœderer; *febris mesenterica*, de Baglivi; *febris pituitosa*, de Stoll, y *glutinosa gástrica*, de Sarcone.

»Los principales síntomas que se manifiestan relativamente al tubo intestinal son los siguientes: lengua blanca y húmeda, aftas, saliva viscosa, gusto desabrido, sed moderada; anorexia, náuseas, á veces vómitos de materias mucosas insípidas ó ácidas; tension del abdomen, cólicos, flatuosidades y borborigmos. La fiebre mucosa puede ser simple, ó complicarse con la gástrica, atáxica y adinámica.

»Pinel creó la denominacion de *fiebre adinámica*, para designar las fiebres pútridas que se manifiestan especialmente por signos de estremada debilidad y de atonia general de los músculos (ob. cit., p. 10).

»Las fiebres atáxicas (de α, privativo; y de τάξις, orden, sin orden, desordenadas) son para este nosógrafo unas fiebres marcadas por alternativas de escitacion y postracion, con las mas singulares anomalias nerviosas.

»En fin, la última fiebre que figura en la clasificacion del autor de la *Nosografia filosófica* es la adeno-nerviosa (derivada de ἀδὴν, glándula, y de νεῦρον, nervio, es decir, enfermedad de las glandulas y del sistema nervioso): es una especie de fiebre atáxica con afeccion simultánea de las glándulas.

»La clasificacion de Pinel se apoya: 1.º en la consideracion del asiento y naturaleza de la enfermedad (fiebre angioténica, adeno-nerviosa, meningo-gástrica, adeno-meningea), y 2.º en la de sus principales síntomas (atáxica, adinámica). Mucho se ha escrito en pro y en contra de esta clasificacion. La crítica que de ella hace Broussais en su *Examen de las doctrinas médicas* y en muchos de sus escritos, es la mas fundada; y creemos inútil reproducirla aqui; porque es conocida de todos los médicos de nuestra época, que por sí mismos han tomado una parte activa ó asistido á las vivas discusiones á que dió origen el establecimiento de la doctrina fisiológica. El grande error que cometió Pinel, fue el de describir como otras tantas fiebres esenciales estados febriles, que en el acto mismo trataba de despojar del caracter de esencialidad; puesto que uno le localizaba en el sistema vascular, otro en la mucosa intestinal, y asi los demas, incurriendo por lo tanto en una contradiccion visible, si no en las palabras, á lo menos en las ideas. Otra falta en que cayó fue la de tomar por base de algunas de sus fiebres (atáxica, adinámica), á imitacion de sus predecesores, á quienes sin embargo habia criticado, la consideracion de los síntomas. Estas fiebres son las únicas que deberian conservar el nombre de esenciales, al menos segun las ideas emitidas por el mismo Pinel, pues son las que no podia localizar. Pero es preciso recordar, que este autor escribió bajo la influencia de las doctrinas antiguas, y no pudo sacudir el yugo de las falsas creencias que habian reinado antes de él. Procuraba por una parte determinar las causas sensibles y el asiento de las fiebres; reducir su número; suprimir todas las que se habian establecido de una manera enteramente hipotética ó sobre datos vagos é insignificantes, y asi es como estableció sus principales grupos de calenturas. Pero tambien queria conservar las formas antiguas del estado pirético, que habian sido consagradas por los médicos de la antigüedad con los nombres de *fiebre pútrida*, *maligna* y *nerviosa*, dándoles las denominaciones nuevas de *atáxica* y *adinámica;* y de esta manera perdió á veces de vista la localizacion, ó por lo menos la modificó como cumplia á su propósito.

»Destruyendo Broussais la doctrina de las fiebres, tal como la habian concebido los antiguos y los médicos mas avanzados de nuestra época, inclusos Pinel, Prost, Caffin y otros, dió el último golpe á la clasificacion de las fiebres, borrándolas enteramente de la patologia, refiriéndolas todas al movimiento febril sintomático de la irritacion inflamatoria, que localizó en ciertas vísceras, y especialmente en la membrana mucosa gastro-intestinal.

»Entre los autores que despues han escrito sobre las enfermedades febriles, unos sostienen las doctrinas antiguas, dejándoles lo que llaman su *pureza primitiva*; y otros, y son los mas, han proseguido el trabajo de localizacion ejecutado por Broussais. Entre estos últimos

hay algunos, que rechazando la localizacion de este médico, y negándose á considerar las fiebres graves pútridas, etc., como unas gastro-enteritis, no son por eso menos esclusivos y sistemáticos, reduciendo todas las fiebres, y aun pudiera decirse todas las enfermedades cuyo asiento y naturaleza no ha podido determinarse, á un tipo que llaman *fiebre tifoidea*. Ya veremos al trazar la historia de las fiebres, si es acertada semejante opinion, y si puede prestar en la actualidad algunos servicios á la ciencia.

»*Observaciones generales sobre las clasificaciones.*—Resulta del rápido examen que acabamos de hacer de las principales clasificaciones contenidas en las mas célebres nosografias: 1.º que hay cierto número de estados morbosos, que han sido conocidos y distinguidos de todos los demas por los médicos antiguos y modernos, describiéndolos por separado con el nombre de *fiebres*.

»2.º Que de estas fiebres, las que se han aceptado generalmente son: la inflamatoria, la biliosa, la mucosa, la pútrida, la nerviosa y las exantemáticas. Cualesquiera que sean los nombres que hayan dado los autores á estas fiebres, y el número de especies que hayan establecido, todos han estado acordes sobre los principales géneros. ¿Se infiere de aqui, que existen en realidad estas fiebres, y que dependen de la causa que se les ha atribuido? Mas adelante procuraremos averiguarlo. La division de estas enfermedades en continuas, intermitentes y remitentes, admitida por todos los autores, merece conservarse todavia en la actualidad, porque se halla fundada en el estudio riguroso de la naturaleza.

»3.º Que no se ha de ver en la mayor parte de las fiebres mas que un movimiento febril, procedente de alguno de los estados morbosos que hemos dado á conocer al estudiar la causa de semejante fenómeno. Asi pues, lo primero que debe hacerse cuando se encuentre el conjunto de síntomas que constituye la fiebre, es examinar los órganos y las funciones, á fin de descubrir alguna lesion ó bien una simple alteracion. Raro será que, por medio de una investigacion dirigida con la habilidad que exige el diagnóstico moderno, no llegue á comprobarse alguna de las lesiones que nos han revelado los incesantes progresos de la anatomia patológica. De este modo es como se han visto desaparecer sucesivamente de la clase de las fiebres casi todas las que se habian tenido por esenciales, como la inflamatoria, la biliosa, la pútrida, la mucosa, etc. Las especies de Pinel, que parecian el último término de la localizacion, se han reunido en una sola enfermedad, que no es ya una pirexia, y á la que unos llaman *gastro-enteritis* ó *enteritis*, y otros *fiebre tifoidea*.

»4.º Que á pesar de esta atrevida localizacion, han quedado sin embargo fiebres; y aun cuando no hubiese mas que las intermitentes, era preciso destinarlas un lugar en el cuadro nosológico, y conservar por lo tanto el grupo de las calenturas. Veamos, ademas, cuáles son las enfermedades que deben tambien llevar este nombre.

»No es esta ocasion sin duda de examinar si las fiebres biliosa, mucosa, pútrida, inflamatoria, etc., son únicamente formas de la tifoidea, pues semejante estudio corresponde á la *calentura tifoidea*, y solo debemos discutir aqui algunos hechos, cuyo conocimiento es indispensable para establecer las fiebres. Diremos ante todo, que los autores que han hablado por espacio de tantos siglos, y que hablan todavia hoy de fiebres debidas á la penetracion en la sangre de la bilis y de la leche, ó que han supuesto la existencia de putridez, de materia saburral, etc., solo han procedido segun teorias basadas sin duda en la observacion de los síntomas, la consideracion de las causas y en otras circunstancias de la enfermedad, pero nunca en esperimentos directos que fueran capaces de demostrar de un modo preciso la solidez de sus opiniones. Efectivamente, ¿cuánto no se ha discurrido sobre la parte que tienen la policolia y la plétora biliosa en la produccion de las fiebres de este nombre? ¿No se ha considerado por mucho tiempo como causa de calenturas la leche reabsorvida y trasportada al torrente circulatorio? Seguramente que no se ha dejado de dar ciertas pruebas en apoyo de estas ideas: ora las han sacado de la fisiologia, diciendo, por ejemplo, que los líquidos y particularmente la sangre, debian alterarse cuando el estómago no recibia mas que una alimentacion insuficiente ó mal sana, pues que entonces se mezclaba con la sangre un quilo imperfecto, reresultando asi una verdadera alteracion del primero de estos líquidos; y ora se han tomado de la patologia, utilizando varios hechos, que no dejan de tener valor para demostrar alguna de estas alteraciones. Pero no se ha hecho un solo esperimento decisivo, capaz de poner fuera de duda la hipótesis que se habia imaginado. Los humoristas antiguos no han recurrido siquiera una vez al análisis químico, para demostrar en los humores ó en los órganos la existencia de las materias dañosas, que consideraban como causas de la fiebre y de los demas accidentes. Es verdad que muchos médicos del último siglo hicieron en su laboratorio algunos esperimentos, para confirmar ciertas teorias que habian emitido; pero estos esperimentos eran demasiado imperfectos, para que pudiesen imitar la mas simple de las operaciones que se verifican en la economia; y ademas ninguno de ellos trató de comprobar en la sangre ó en los demas humores del cuerpo la presencia de la bilis, de la leche, ó la alteracion pútrida que suponian existir. Asi pues, escusado seria hablar de las doctrinas de Galeno y de los autores que á su ejemplo fundaron sus teorias sobre la bilis, la atrabilis, la pituita, etc., en los datos vagos que les suministraban los síntomas de las enfermedades. Estas doctrinas no estan ya en armonia con los conocimientos

médicos modernos; y nadie en la actualidad daria crédito alguno á cuanto escribieron los antiguos sobre las alteraciones de los humores, en cuyo estudio se procede hoy de una manera completamente distinta. Solo por los reactivos y demas medios que posee la análisis química, es como se han obtenido algunos resultados, que aunque no muy marcados todavia, tienen á lo menos la ventaja de demostrar la falsedad de las doctrinas imaginadas para esplicar la produccion de las fiebres, que se atribuian á una alteracion humoral.

»Teniendo en cuenta las alteraciones de la sangre, tales como las ha dado á conocer el análisis química actual, pueden apreciarse en su justo valor gran número de hechos, que por mucho tiempo se han admitido en la ciencia. Examinaremos particularmente los que se refieren á la piretologia.

»Si un autor describiese hoy una nueva enfermedad con el nombre de fiebre biliosa, sosteniendo que es producida por la introduccion de la bilis ó sus elementos en la sangre ó los demas humores, se le exigiria que indicase rigurosamente los síntomas, probando que su punto de partida estaba realmente en una alteracion humoral, y sobre todo que demostrase por el análisis directa y del modo mas convincente, que la bilis ó sus materiales habian pasado al torrente circulatorio, inficionando asi la economia entera. Ahora bien ¿en qué datos se fundaron los antiguos para admitir la existencia de las fiebres biliosas? Unicamente en los síntomas que presentaban las enfermedades. Por el hecho de que estaba la lengua amarilla, la boca amarga, que eran frecuentes los vómitos, y la materia que los constituia de naturaleza biliosa; que las evacuaciones alvinas aparecian descoloridas ó biliosas, y últimamente porque el contorno de los labios, de la nariz y la esclerótica, etc., tenian un tinte amarillento; se declaraba atacado el enfermo de una fiebre biliosa. Semejante modo de juzgar es poco riguroso, y sin embargo debe reconocerse, que los hombres mas eminentes y las escuelas mas célebres se han contentado únicamente con él. Asi es que Pinel y Broussais triunfaron fácilmente de semejantes adversarios. Cediendo este último al impulso general que encaminaba á la sazon los mejores talentos por la senda de los estudios anatomo-patológicos, remplazó las teorias humorales por una localizacion casi esclusiva. Mas á pesar de los servicios que prestó una doctrina que estaba en relacion con los progresos de la ciencia, se conoció muy luego que era errónea, y que sin razon colocaba el punto de partida de las fiebres en las alteraciones del sólido viviente, escluyendo toda participacion humoral. El estudio de los humores, aunque poco adelantado todavia en la actualidad, nos enseña sin embargo, que la fiebre biliosa, es decir, el movimiento febril y demas síntomas, no son provocados por la bilis introducida en la sangre. No se trata aqui de examinar si es una gastro-enteritis ó una hepatitis complicada con la primera de estas inflamaciones la causa de semejante fiebre, como tampoco de saber si la calentura tifoidea es una creacion mejor que la gastro-enteritis, para esplicar los accidentes de la fiebre biliosa (véase FIEBRE TIFOIDEA); lo único que en este momento nos importa es colocar la cuestion en su verdadero terreno.

»Desde que el análisis química llamó sériamente la atencion, no se ha encontrado todavia una sola vez en la sangre la bilis ya formada, y si únicamente uno de sus principios, que es la materia colorante verde. El ácido nítrico es el reactivo que se emplea para precipitar del suero la materia verde, la cual colora la albúmina, que igualmente se precipita. Esta coloracion se presenta comunmente en los enfermos atacados de ictericia. Martin Solon la encontró en un caso de gastro-hepatitis, en un individuo que padecia una afeccion cancerosa del tejido fibroso del cuerpo de las vértebras, y en cuatro casos de pleuro-neumonia. Ofrecieron esta coloracion verdosa la orina, el suero de la sangre y algunas veces los esputos. En los cuatro casos de pleuro-neumonia se manifestaron igualmente los fenómenos que pertenecen al estado bilioso. De estos hechos se podria argüir sin duda, que la introduccion de la bilis en la sangre era la causa del estado bilioso, tanto mas, cuanto que en tales casos son muy eficaces los evacuantes, y curan muchas veces la enfermedad. (Martin Solon, *De l'albuminurie ou hydropisie causée par les maladies des reins*, p. 436, en 8.°; Paris, 1838). Son estos hechos de mucha importancia, y debemos detenernos en ellos, porque ilustran algun tanto la historia de las fiebres biliosas; pues en efecto nos inducen á creer, que los fenómenos biliosos de las enfermedades, que otros han llamado estado bilioso, pueden depender de una alteracion de la sangre, si no por la bilis, al menos por alguno de sus materiales. Por lo tanto se puede sostener, que en ciertas condiciones patológicas, todavia poco conocidas, es posible que se desarrolle la fiebre bajo la influencia de esta sola alteracion, sin ninguna otra afeccion local bien caracterizada. Con este motivo podrian suscitarse igualmente otras muchas cuestiones, á las cuales seria muy dificil responder. No obstante, si no se quiere salir del dominio de los hechos positivos, débese establecer, que la fiebre biliosa primitiva, producida por la sola introduccion de la bilis ó de sus materiales en la sangre, con independencia de toda enfermedad local, que una fiebre semejante, repetimos, no se ha presentado acaso una sola vez á los observadores modernos, ó al menos no se ha demostrado. Tambien puede objetarse, que si la presencia de los materiales de la bilis fuera la verdadera y única causa de la fiebre biliosa, deberia determinar todos los síntomas de esta en los casos de ictericia; pues entonces efectivamente, es bien seguro que han pene-

trado en la sangre algunos de dichos materiales, como lo demuestra la coloracion amarilla muy pronunciada de los tejidos, los órganos y todos los líquidos del cuerpo, entre otros el suero de la sangre; y sin embargo, nadie ha visto que la ictericia dé lugar á la fiebre biliosa. Nosotros creemos, que cuando se manifiestan los fenómenos biliosos, prescindiendo de la presencia de la bilis ó sus elementos, existe otra causa desconocida.

»Otro ejemplo nos servirá tambien para demostrar la ligereza con que se han admitido las fiebres producidas por las alteraciones humorales. Se ha hablado mucho de fiebres lácteas, es decir, ocasionadas por el paso de la leche ó de alguno de sus elementos á la sangre; pero en la actualidad se sabe que el aspecto lechoso de este líquido dimana, segun los esperimentos de Christison, de hallarse suspendida en el suero una materia grasa que forma una especie de emulsion, ó como quiere Caventou, de que se mezcla con el suero la albúmina modificada. En los casos en que se ha encontrado esta pretendida sangre lacticinosa, no se habia manifestado ninguno de los síntomas de la fiebre láctea. Jamas se ha comprobado en la sangre la presencia de leche pura, ni de su elemento principal, que es el caseo. Asi pues, las fiebres llamadas lácteas no son producidas por la modificacion que se suponia existir en la composicion normal de la sangre; y deben por lo tanto desecharse como desprovistas de todo fundamento.

»Lo mismo puede decirse de la fiebre urinosa. Una observacion falsa y superficial habia inducido á admitir su existencia en vista de algunos síntomas bastante vagos, de que se apoderó muy luego el humorismo para acomodarlos á sus teorias de predileccion. La química moderna es tambien la que ha quitado el velo que cubria la etiologia de estas fiebres urinosas, demostrando que la orina, lo mismo que la bilis, no pasa en sustancia al torrente circulatorio; que uno de sus principales elementos, la urea, se encuentra en muchas enfermedades, y que lejos de manifestarse en este caso los síntomas de la fiebre llamada urinosa, y demas accidentes que se referian á una causa semejante, se observan síntomas completamente diferentes.

»Asi pues, dos humores, la bilis y la orina, que se suponian capaces de alterar profundamente la economia entera, produciendo la fiebre y otros muchos accidentes, lejos de pasar en sustancia al torrente circulatorio, como se habia creido hasta estos últimos tiempos, solo dejan penetrar algunos de sus elementos, que despues de introducidos no determinan ninguno de los síntomas que habitualmente se consideraban como signos positivos de dichas fiebres. Hé aquí lo que importaba establecer, para demostrar el punto de vista bajo el cual debemos colocarnos hoy, si queremos adelantar algo en la historia un tanto confusa de las fiebres, y borrar de ellas las descripciones fundadas únicamente en especulaciones aventuradas y desprovistas de toda justificacion.

»Inútil seria detenernos á examinar las cuestiones que se han agitado hácia fines del último siglo y á principios de este, sobre la causa de las fiebres pútridas, malignas, etc.; pues no pueden resolverse con los argumentos que se empleaban en estas épocas. Nos ocuparemos de ellas al tratar de la fiebre tifoidea.

»De lo que precede resulta, que las alteraciones de la sangre no pueden esplicarnos hasta ahora la produccion de las fiebres llamadas *biliosas*. En la que se designa todavia en tratados modernos de piretologia con el nombre de *fiebre inflamatoria*, hay alteracion de la sangre? Ya hemos indicado que se encuentra un aumento considerable de los glóbulos, permaneciendo la fibrina en su cantidad normal, y aunque esta análisis no esplica la verdadera naturaleza de la enfermedad, nos permite por lo menos afirmar, que no puede localizarse, y que por lo tanto debe incluirse en el número de las fiebres primitivas.

»Fáltanos ahora hablar de esos estados morbosos que se han considerado como otros tantos elementos, que sin constituir las fiebres ni ser su causa principal, representan sin embargo cierto papel en los accidentes que las acompañan; tales son los que se califican con los nombres de *inflamatorio*, *bilioso*, *mucoso*, *nervioso*, *adinámico* y *atáxico*. Se ha objetado á los que admiten la existencia de estas condiciones morbosas, que si semejantes estados no son la misma enfermedad, constituyen uno de esos modos de ser de la economia, compatibles con la salud, llamados temperamentos ó idiosincrasias; que cuando se convierten en enfermedades, no se diferencian de las que tienen nombres bien determinados en nosografia, ora se incluyan en la *fiebre tifoidea*, ora en la *gastritis* ó *gastro-enteritis*, y que por lo tanto es imposible crear semejantes entidades y formar de ellas seres abstractos, separados de sus propios cuerpos, es decir de la misma enfermedad. Este raciocinio está confirmado por la observacion: en efecto ¿cómo se comprende que en una neumonia biliosa, haya un estado bilioso y una neumonia, y que no sea el uno la causa de la otra? No insistiremos mas en este punto: solo haremos observar, que si se ha querido decir que en las fiebres, como en las demas enfermedades, hay un fondo comun, que es la causa evidente, palpable del mal, y que con tal ocasion se afectan particularmente ciertos aparatos en condiciones higiénicas determinadas, y en unos individuos mas que en otros, procediendo de aqui las formas inflamatoria, biliosa, atáxica y adinámica, nada mas verdadero y conforme á la naturaleza. Pero no hemos de ver en tales formas estados particulares, que deban distinguirse de la enfermedad; á menos que queramos hacer de los predominios de los órganos y de las funciones, escitados ligeramente por una afeccion, otros tantos es-

tados distintos con sus nombres particulares. No son mas que modos de ser de la enfermedad ó de las influencias simpáticas trasmitidas por la misma. Cuando aparecen en el curso y desde el principio de una fiebre tifoidea la forma inflamatoria ó la adinámica, nos inclinamos á creer segun las opiniones generalmente admitidas sobre esta afeccion, que en el primer caso se halla mas escitado el sistema vascular, ó la sangre está en cierto modo modificada en su cantidad ó cualidades, y que en el segundo hay una alteracion de las funciones del sistema nervioso, que acometidas de estupor han perdido gran parte de su actividad. Estos estados, ó sirviéndonos de una espresion mas exacta, esta modificacion de la enfermedad, no es siempre igual, aunque permanezca idéntica la causa visible de la afeccion: para la mayor parte de los médicos la ulceracion de las chapas de Peyero es siempre la que produce los accidentes.

»La misma fiebre no es mas que el modo de manifestarse un estado morboso, que pertenece á gran número de afecciones muy diversas por su asiento, naturaleza, causas y síntomas; presentándose casi constantemente en las enfermedades que han recibido por esta circunstancia el nombre de *fiebres*, y aun debiéramos decir constantemente, si se hubiera asignado á la palabra *fiebre* su verdadero significado. Ya hemos observado en otra parte (*De la fiebre en general*, t. I) que dando el nombre de *fiebre* á un estado morboso, constituido siempre por la frecuencia del pulso y la alteracion del calor, que comunmente se halla aumentado, no deberian llamarse *fiebres* las enfermedades en que faltan tales síntomas. Empero los autores antiguos describen fiebres en que no habia frecuencia de pulso, sino al contrario una lentitud muy marcada, infiriendo de aqui, que existen calenturas sin aceleracion del círculo sanguíneo. Este modo de raciocinar no puede ser mas vicioso; pues si no existian realmente los síntomas que hemos considerado como únicos caractéres esenciales del estado febril, no debia darse el nombre de *fiebres* á semejantes enfermedades, para decir en seguida que pueden existir, aunque falten los síntomas comunes del estado febril.

»No siendo la fiebre mas que un modo de ser del organismo enfermo, debe resultar, que otros estados igualmente morbosos, otros *modos patológicos*, digámoslo asi, podrán encontrarse al mismo tiempo que ella en el curso de una fiebre sintomática ó primitiva y esencial. Asi por ejemplo, en una neumonía que invade el vértice del pulmon, pueden manifestarse una fiebre sintomática y el estado adinámico ó atáxico; y hé aquí dos modos patológicos que se unen entre sí. Pues lo mismo sucede, y con mas razon, en las fiebres. Tomemos por ejemplo las viruelas, que son en nuestro concepto una de las enfermedades que corresponden á esta clase, y en ellas encontraremos la fiebre y la erupcion constituyendo los dos modos patológicos esenciales del mal; pero pueden ademas agregarse otros, como los síntomas atáxicos, inflamatorios, adinámicos, etc., que se desarrollan con frecuencia. De este modo se concibe, por qué y para qué se han ideado los estados bilioso, inflamatorio, gástrico, etc.

»Insistimos mucho en estas observaciones, porque nos demuestran con la exactitud que puede desearse, el sentido que se debe dar á la palabra *fiebres*, ilustrándonos acerca de su naturaleza. En efecto, si la fiebre no es mas que un *modo*, como creemos haber demostrado en su lugar oportuno, preciso es establecer, que en las enfermedades que deben todavia conservar el nombre de *fiebres*, no es tampoco el estado febril mas que una manifestacion del organismo enfermo, quedando en su fondo alguna cosa mas importante que no hemos descubierto aun. Esta rigurosa conclusion, que adoptamos sin restricciones, tiene por objeto traer la cuestion de las fiebres á su verdadero terreno. Veamos ahora cuáles son las enfermedades que merecen conservar el nombre de fiebres.

»La fiebre inflamatoria, cuyos síntomas estan constituidos por los que corresponden al estado febril, sin que sepamos á qué órgano ni á qué causa referirlos, debe conservar á nuestro parecer el nombre de *fiebre*. El análisis de la sangre nos induce á incluirla en la clase de las primitivas. La escitacion pasagera de una ó muchas funciones determina á veces un movimiento febril, que tiene la mayor analogia con un acceso de fiebre intermitente con los estadios de calor y sudor algo prolongados. Tambien se ha considerado como fiebre simple el movimiento febril que se desarrolla al establecerse la menstruacion por primera vez, ó en la época de su manifestacion periódica en algunas mujeres; pero en este caso, la alteracion funcional y los accidentes que la acompañan, esplican perfectamente la aparicion de la fiebre. La llamada láctea es tambien una calentura simple en sentir de muchos médicos, que solo ven en ella una operacion saludable de la naturaleza, que trabaja para establecer el nuevo estado fisiológico que corresponde á las recien paridas. Nada hay que mas se parezca á la descripcion de la fiebre efémera dada por los autores, que la que pertenece á la láctea; obsérvanse en ella escalofrios, desazon, cefalalgia, fuerza y frecuencia de pulso, escitacion general del sistema vascular, rubicundez de la cara, cefalalgia, y por último, sudores mas ó menos copiosos.

»Es pues á nuestro parecer la fiebre inflamatoria una calentura primitiva. ¿Podrá decirse lo mismo de la biliosa? Los pormenores en que hemos entrado con este objeto, nos dispensan de agitar de nuevo esta cuestion. Lo único que puede asegurarse es, que no ha comprobado todavia el análisis la alteracion de la sangre por la bilis en las fiebres llamadas *biliosas*. En los casos referidos por Martin-Solon,

habia lesiones bien características (pleuro-neumonia, afeccion cancerosa cerca de los conductos biliarios), que eran sin duda la causa directa de los fenómenos biliosos. Pero ¿deduciremos de aqui que no hay enfermedad que merezca el nombre de *fiebre biliosa*, es decir, de fiebre producida por la estravasacion de bilis fuera de sus vias naturales y mezclada con la sangre y demas líquidos de la economía? No podemos responder por la negativa; pues las descripciones que han dado los médicos ingleses, y todos los que han ejercido la medicina en la India y en gran parte del Asia y de la América del Sur, nos inclinan por el contrario á admitir la existencia de las fiebres biliosas. Por lo que toca á las pútridas, en las que está la sangre disuelta y alterada, segun la espresion de los autores, muchas son verdaderas fiebres primitivas, procedentes de una alteracion de este líquido, y otras enfermedades evidentes del tubo digestivo ó de las demas vísceras.

»Vamos ahora á indicar rápidamente las enfermedades que conservamos con el nombre de fiebres, clasificándolas en un órden, que aunque puede sin duda criticarse, ofrece no obstante la ventaja de presentar al primer golpe de vista los principales caractéres de la enfermedad.

»Fiebre intermitente, simple y perniciosa.

»Fiebre inflamatoria.

»Fiebre con determinacion hácia la piel, en la que se manifiestan lesiones que caracterizan el mal, pero sin constituir toda la afeccion: viruelas, sarampion, escarlatina, sudor miliar, púrpura simple y hemorrágica.

»Fiebre con determinacion principal hácia la membrana mucosa del tubo digestivo, y secundariamente hácia la piel: tifus y fiebre tifoidea.

»Fiebre con determinacion hácia el tejido celular y las glándulas: peste.

»Fiebre con aflujo sanguíneo abundante al tubo digestivo: fiebre amarilla.

»Fiebre con tendencia á la mortificacion: muermo agudo y enfermedades carbuncosas.

»Fiebre lenta nerviosa, que consiste en un estado de eretismo del sistema nervioso.

»Naturaleza de las fiebres.—Creemos que seria inútil esponer aqui las numerosas teorías que se han emitido sobre la causa íntima de las fiebres. Todas ellas son tan oscuras y llenas de errores tan manifiestos, que hemos renunciado á presentar su larga y fastidiosa enumeracion; prefiriendo indicarlas brevemente al trazar la historia y bibliografía de las calenturas; porque este es el único modo de hacer algo interesante un trabajo, que espuesto aisladamente, no seria mas que una compilacion árida sin provecho alguno para el lector.

»Historia y bibliografia.—La historia de las fiebres es una parte tan vasta é importante de la medicina, que casi todos los autores que han escrito sobre el arte de curar, han tratado de ella con mucha estension en su piretologia. Todas las teorias médicas que han gozado de algun esplendor, se han aplicado por sus autores al estudio de las fiebres; asi es que la historia de esta numerosa clase de enfermedades está comprendida casi por necesidad en la de las doctrinas médicas que han reinado sucesivamente. Por nuestra parte tendremos cuidado de ocuparnos esclusivamente de la historia de las fiebres, sin dar cabida á la esposicion crítica de las doctrinas, á no ser que se haga indispensable para aclarar ciertos puntos difíciles y que todavía estan por resolver.

»La historia de las fiebres se ha dividido por Pinel en tres épocas: 1.ª el siglo de Hipócrates, que estableció al parecer los fundamentos sólidos de todo el edificio; 2.ª la que se estiende desde los tiempos antiguos hasta el siglo XVIII; y 3.ª la que comprende los fundadores de las tres mas célebres escuelas, Sthal, Hoffmann y Boerhaave, que llega hasta Pinel. A estas tres épocas que marcan, á nuestro parecer, bastante bien los progresos de la piretologia, añadiremos una cuarta, que comprenda todo el tiempo trascurrido desde la publicacion de la *Nosografia* de Pinel hasta Broussais, que es una de las fases mas brillantes de la historia de las fiebres.

»*Primera época.*—Hartos elogios se han tributado á los autores que publicaron la coleccion hipocrática, por el cuidado con que observaron y describieron el curso de las fiebres, la sucesion de sus síntomas, su terminacion, etc., para que necesitemos reproducir todavia las frases laudatorias que se han empleado. Aunque esta admiracion no es ya tanta en nuestros dias, no por eso dejamos de apreciar en su justo valor los servicios hechos por la escuela de Cos. La exactitud con que observó Hipócrates los hechos, y las importantes deducciones que sacó de ellos, formulándolas en aforismos, atestiguan una observacion sagaz y profundas; pero se ocupó mucho mas del estudio de las enfermedades, que de crear una teoria general de las fiebres.

»Ya hemos dicho que los médicos hipocráticos tenian una idea muy exacta de la fiebre, y que la miraban como un elemento general de las enfermedades, que se agrega siempre á las flegmasias. Cuando este elemento existia solo, daban á la enfermedad el nombre de calentura.

»Tomamos de un artículo de Littre el resumen general que da de las doctrinas de Hipócrates sobre las fiebres; pues no podiamos recurrir á mejor manantial en busca de los datos necesarios para dar á conocer las ideas que emitió el médico griego sobre este asunto. «Las fiebres nacen en gran parte de la bilis. Cuando esta ó la pituita se enardecen, tambien se enardece el cuerpo, y de aqui resulta la fiebre. Ademas de la bilis y la pituita hay otro humor, cual es la sangre, que puede engendrar la fiebre, al paso que el agua no es capaz de producirla ni larga ni intensa.» En estos diferentes

pasages es evidente que los médicos hipocráticos atribuyen la fiebre á las alteraciones humorales. Segun ellos, la fiebre cuotidiana es producida por la bilis; la terciana por esta misma, pero en menor cantidad; y la cuartana por la atrabilis. Las fiebres continuas deben su origen á una bilis pura y mucho mas abundante que la de las intermitentes. «Empero, dice Littre, seria difícil encontrar una teoria completa y sistemática en estos fracmentos hipocráticos, pues lo único que se ve en ellos es que divide las fiebres en intermitentes y continuas, atribuyéndolas todas, no tanto á las alteraciones de los humores, aunque habla en diversos puntos de la bilis corrompida, como al predominio de uno de ellos.»

»Hipócrates conoció todas las circunstancias mas importantes de las fiebres, y las designó con espresiones propias para caracterizar algunas particularidades correspondientes á cada una de ellas. Se ha censurado al médico griego y á sus imitadores de haber multiplicado las denominaciones con que clasificaban las fiebres; pero no es fundada semejante crítica. Cuando se leen con atencion los escritos de Hipócrates, luego se conoce que solo quiso indicar los síntomas que acompañan á las fiebres y que son propios para distinguirlas de otras especies: tal es el sentido en que deben tomarse las espresiones de fiebre fricodes, lingodes, leypiriaca, ardiente, epial, inconstante, errática, con vértigos, roja, lívida, mordicante, suave, húmeda al tacto, etc. Laennec opina que Hipócrates tenia una idea muy simple de la fiebre, y la consideraba como una afeccion particular siempre de la misma naturaleza. Lejos de servir al médico griego las diferentes denominaciones que acabamos de mencionar, para establecer otras tantas especies de fiebres, como hicieron sus sucesores, no las consideraba sino como epifenómenos ó complicaciones (Laennec, *Propositions sur la doctrine d'Hippocrate, relativement à la médecine pratique*, presentadas y sometidas á la Escuela de medicina de Paris, 1804).

»Praxágoras atribuia todas las fiebres á la putridez de los humores. Erasistrato, que admitia que las arterias estaban llenas de aire y las venas de sangre, suponia que la fiebre era debida al choque de la sangre contra el aire que viene del corazon, y que la flegmasia se desarrollaba, cuando impelido este líquido á una distancia mayor, llegaba á introducirse en las arterias. Lo mas notable que ofrece su opinion es, que atribuye la fiebre á un movimiento de las arterias; mientras que la medicina de la escuela de Cos hacia representar al calor el principal papel. Por lo demas, solo conocemos las opiniones de Erasistrato por los diferentes pasages en que Galeno hace mencion de ellas. Celso solo describió bien los tipos principales de las fiebres intermitentes, tales como la cuotidiana, terciana, cuartana y hemitrítea; pues las nociones que tenia de las calenturas lentas, pestilenciales y continuas, eran bastante vagas. No obstante, ya hemos tenido ocasion de demostrar, que habia concebido con la mayor claridad la idea de la palabra fiebre, puesto que discutió sus principales caractéres con un cuidado digno de elogio (*De medicina*, lib. III, cap. I). «Facil es conocer, dice Pinel, que Celso no adquirió jamás ideas bastante esactas de las fiebres á la cabecera de los enfermos; que no se ejercitó en hacer por sí mismo historias particulares dia por dia durante el curso de tales afecciones, y que por lo tanto su doctrina sobre la materia está llena de vacilaciones é incertidumbre.»

»Celio Aureliano describió con los nombres de frenitis y letargo, dos especies de fiebres, en las que se ha querido encontrar las formas ataxica y soñolienta de la fiebre tifoidea; pero esta asimilacion no tiene bastante fundamento.

»Galeno en su tratado *De differentiis febrium* (Περὶ διαφορᾶς πυρετων, edicion de Kuhn, tomo VII, Lips., 1824) discute con notable sagacidad casi todos los puntos mas difíciles de la historia de las fiebres: los principales caractéres del estado febril, las diferencias que lo separan de ciertas condiciones fisiológicas, y sus causas, todo lo estudia este médico con esa claridad de que hace gala con tanta frecuencia, cuando no se estravia en discusiones sutiles y escolásticas. Toma de Hipócrates y de la escuela de Cos la idea del calor: Essentia quidem fe»brium est in genere caloris præter naturam»; pero la asocia á sus doctrinas de las alteraciones humorales.

»Funda sus principales divisiones de las fiebres en el asiento mismo del calor febril; el que se desarrolla primero en el corazon, despues en los humores y por último en los espiritus: «Aut enim in ipso corpore cordis, aut in »humoribus primam ipsam accendi dicebamus, »aut in spiritu» (*De different.*, obr. cit., p. 281). Cuando se fija el incendio febril en el corazon, da lugar á la fiebre héctica, cuya duracion y persistencia se debe precisamente á que afecta el calor las partes sólidas. La fiebre efémera, en razon de su corta duracion, tiene su origen en un calor anormal que reside en los espiritus. Las pútridas dependen de la putridez que engendra el calor morboso cuando invade los humores; son continuas ó intermitentes, y estas cuotidianas, tercianas ó cuartanas: la cuotidiana es debida á la putrefaccion de la pituita; la terciana á la de la bilis, y la cuartana á la corrupcion de la atrabilis. Laennec se inclina á creer, que se encuentran en Galeno los vestigios de la famosa division de las fiebres en inflamatoria, biliosa, mucosa ó pituitosa, pútrida y maligna; especie de pentateuco piretológico, que no reinó sin embargo en las escuelas hasta que fué sancionado por la autoridad de Selle y Pinel (*Dissert. cit.*).

»Las fiebres continuas que tienen su orígen en una bilis amarilla, se presentan bajo dos formas principales: unas que se llaman fiebres si-

nocas, constituidas por un solo acceso que dura desde el principio hasta el fin de la enfermedad, y otras que se presentan con remisiones: «Multis particularibus circuitibus continentur» (p. 336).

»En las fiebres sinocas continentes (σύνοχος), establece tambien Galeno tres diferencias, que le parecen fundamentales. Unas cuyo curso es igual y continuo desde el principio hasta el fin: «Æquali tenore ac vigore incedent,» que son las llamadas *homotonas* y *acmásticas*; otras cuya intensidad va en aumento, á las que da el nombre de *anabáticas* y *epacmásticas*; y las terceras que decrecen en su curso (*fiebres paracmásticas*) (p. 331).

»Inútil seria esponer un análisis completo de todas las discusiones sostenidas por Galeno sobre la naturaleza y la causa de estas fiebres. La remitente cuotidiana la producia la pituita; la terciana, la bilis; la fiebre continua con exacerbacion al cuarto dia, la atrabilis; y la semiterciana con doble exacerbacion, una cuotidiana y otra terciana, era efecto de una mezcla de pituita y de bilis.

»Galeno conoció y espuso en muchos pasages de sus escritos, la distincion entre la fiebre y las fiebres: unas, dice, dependen de flegmasias y son como síntomas procedentes de las partes inflamadas; pero las que provienen de los humores se llaman fiebres, y no son ya síntomas, sino enfermedades.» Aconseja distinguir en el enfermo si la fiebre existe con una afeccion local, ó si es debida á la putrefaccion de los humores (*De crisibus*, libro II).

»Hubiera sido de desear para los progresos de la ciencia, que esta grande y útil distincion, hecha por Galeno, entre el movimiento febril de la fiebre y las fiebres, no se hubiera perdido de vista; pero estuvo olvidada, por decirlo asi, hasta el fundador de la doctrina fisiológica.

»Los tratados de Sinesius y Palladius reproducen con corta diferencia las doctrinas emitidas por Galeno sobre la naturaleza de las fiebres. Palladius, médico griego, que vivió despues de Alejandro de Tralles y de Aecio, tomó de éste todo lo que no se encuentra en la coleccion hipocrática ó en Galeno (Synesius, *De febribus*; Amst. y Leyden, en 8.°, 1769; Palladius: *De febribus concisa synopsis, græce et latine*, *cum notis*, J. Steph. Bernard, etc.; Leyden y Utrecht, en 8.°, 1745).

»*Segunda época*: *doctrina de las fiebres durante la edad media y hasta principios del siglo XVIII*.—Los escritos de Galeno, que tanta influencia tuvieron sobre la medicina de la edad media, la ejercieron muy notable, pero al mismo tiempo muy funesta, sobre la piretologia. Los árabes empezaron por apoderarse de las ideas galénicas; las exageraron, y lejos de dar alguna perfeccion á lo que habia escrito Galeno, no hicieron mas que oscurecer sus doctrinas humorales. Avicena, no obstante, desechó muchas sutilezas contenidas en estas doctrinas, aunque sin dejar de referir el estudio de las fiebres á las alteraciones de los sólidos, los humores y los espíritus. Admite tambien las alteraciones de la sangre, en oposicion á Galeno, y entre ellas la putridez de este líquido.

»Fernelio, que fué uno de los primeros que tuvieron el mérito de ordenar los principales materiales que se poseian en su tiempo sobre las fiebres, no hizo mas que reproducir con corta diferencia las teorias de Galeno y de los árabes. Trata sucesivamente de la fiebre efémera, de la sinoca simple y pútrida, de la héctica, la intermitente (cuotidiana, terciana, cuartana) y de las compuestas (fiebre maligna, carbuncosa, pestilencial). Su último capítulo, titulado *de los síntomas de la fiebre*, contiene una esposicion muy bien hecha de los principales fenómenos que se presentan en este estado morboso. Sin embargo, puede decirse que el trabajo de Fernelio, á pesar de algunas observaciones que le son propias y que acreditan su distinguido talento, no ha contribuido á los progresos de la piretologia (*De febribus*, libro IV, en *Universa medicina*).

»Foresto se apartó del camino seguido por sus predecesores, sustituyendo con numerosas y detalladas observaciones que habia recogido acerca de las fiebres, las descripciones generales que en las demas obras se iban copiando sucesivamente, adaptándolas á las teorias galénicas generalmente admitidas. Hemos recorrido muchas de sus observaciones, referidas las mas veces de una manera muy difusa, y mezcladas con esplicaciones algun tanto humorales; pero hemos visto tambien, que frecuentemente está en ellas pintada la naturaleza con la mas escrupulosa esactitud. Pinel lo conoció perfectamente cuando dijo: «No se limitó Foresto, como la generalidad de los médicos, á repetir servilmente, y como otras tantas sentencias inmutables, los aforismos y los pronósticos de Hipócrates; sino que se remontó á uno de los fecundos manantiales donde habia bebido este último, es decir, que meditó profundamente las historias individuales, trazadas por el padre de la medicina á la cabecera de los enfermos, tomándolas por modelo» (obr. cit., p. 225). Los siete primeros libros de la obra de Foresto están consagrados al estudio de las fiebres. En este inmenso trabajo se encuentran materiales preciosos acerca de las intermitentes, y en particular de las perniciosas, que combatia muchas veces con buen éxito por los diversos medios de una terapéutica perturbadora. No obstante, no fue mucha la influencia que tuvieron los escritos de Foresto, advirtiéndose con estrañeza que sus sucesores no supieran aprovechar las útiles observaciones que les legára; lo que prueba que en esta época (siglo XVI) estaban los médicos mas ocupados en comentar los escritos de Galeno y de los árabes, que en estudiar la naturaleza (Forestus, *Observationum ac curationum medicinalium sive medicinæ theo-*

ricæ et practicæ, lib. *de febribus*, en f.; Francfort, 1602).

»Sennerto, cuya reputacion fué tan universal, solo publicó un trabajo muy incompleto sobre la piretologia. Galeno y Avicena son los autores que invoca en todas sus páginas, y cuyas opiniones se dedica á presentar, acompañándolas de algunos comentarios. Define la fiebre en los mismos términos que Avicena: «Febris calida intemperies totius corporis, à calore præter naturam in corde accenso, et mediantibus spiritibus et sanguine per venas et arterias in totum corpus, nisi impediatur, effuso orta, actionesque naturales lædens» (*Epitome institutionum medicinæ, et libri de febribus*, en 12.°; Wittebergæ, año 1664). Considera este calor natural desarrollado en el corazon, como la causa próxima de la fiebre; pues en efecto, dice, asi como este órgano es la fuente del calor normal y lo reparte por todo el cuerpo, asi tambien distribuye el morboso por todas sus partes. Cuando se manifiesta la inflamacion en un órgano, no se desarrolla la fiebre, hasta tanto que propagándose el calor al corazon, se difunda en seguida por todo el cuerpo, y asi es que toda fiebre va acompañada de un cambio en el pulso. Sennerto entra luego en sutilezas, para probar que la fiebre se diferencia del calor febril; diciendo que la calentura es una condicion morbosa que existe en el cuerpo, cuyas funciones altera; mientras que el calor febril se encuentra en los humores y en los espíritus, y es la causa de la fiebre (obr. cit., libro I, cap. 2).

»En la época que acabamos de recorrer, solo podemos citar un médico, que es Foresto, cuyos trabajos merezcan una atencion particular; pues los demas no fueron otra cosa que meros copistas de los árabes, de Galeno ó de Hipócrates. Los primeros tiempos de la época histórica á que se dió el nombre de *renacimiento*, no fueron muy fecundos en resultados para la piretologia; pero no sucedió lo mismo á fines de los siglos XVII y XVIII, cuya época comprende una de las fases mas brillantes de la historia de las fiebres. Entre los autores que escribieron sobre esta materia figuran los célebres nombres de Boerhaave, Stahl, Hoffmann, Bellini, Cullen, Selle, Borsieri, etc.

»*Tercera época.*—Entre los médicos que mas servicios han hecho al ramo de la medicina que estamos estudiando, hay uno cuya influencia debemos mencionar en primera línea: queremos hablar de Van Helmont. En la época en que hizo este autor conocer su doctrina, predominaban las teorias humorales, y se hablaba mucho de la putridez de los humores y de la sangre; pero él siguió diferente camino. «La sangre, dice este médico, no se corrompe jamás en las venas, á menos que estas se hallen putrefactas, como sucede en la gangrena y en las mortificaciones. Pero supongamos que la sangre se corrompiese en las venas; ¿por qué signos podria conocerse? ¿Será acaso por su color blanco, negro, amarillo, verdoso ó pardo, ó bien porque aparece viscosa, espesa, acuosa y ténue; o en fin, por su consistencia no fibrosa, poco coherente? Declaro, añade, bajo mi palabra y sin temor de que se me desmienta repitiendo el esperimento, que he examinado en un mismo dia la sangre de doscientos aldeanos sanos y robustos, en los cuales observé notables diferencias en el aspecto, el color, la materia y la consistencia... En muchos casos parecia pútrida, y en otros eruginosa ó atrabiliaria, aunque los individuos á que pertenecia estaban completamente sanos» (*Ortus medicinæ: De febribus*, cap. 2, ns. 21-24-25; Amsterdam). Prescindiendo de la parte de exageracion que hay en las palabras del célebre vitalista, que pretende haber examinado «en un mismo dia la sangre de doscientos aldeanos» es curioso ver cómo intenta probar, que las pretendidas alteraciones pútridas de la sangre fueron admitidas hipotéticamente y por simples apariencias engañosas, ó por consideraciones que no tienen valor, tales como el color ó la consistencia. Las demas ideas de Van Helmont sobre la fiebre no son muy felices; pues considerándola como una indignacion del arqueo contra una sustancia estraña y no vital introducida en la economia, coloca su asiento en el duodeno, el píloro, las venas, el mesenterio, el bazo y el hígado (obr. cit., p. 10).

»Glison, que fue el precursor de las doctrinas médicas modernas sobre la irritabilidad, puede reclamar una parte de las ideas de Hoffmann y Cullen, y de muchos nervistas no menos célebres.

»Sydenham y Willis representan otras doctrinas, de las cuales encontraremos partidarios bastante numerosos en el período que estamos examinando. El último de estos médicos considera la fiebre como un movimiento desordenado de la sangre, y una efervescencia estremada de este líquido, acompañada de calor, sed y otros fenómenos morbosos. Desecha las teorias humorales antiguas, y apoyándose en el gran descubrimiento de Harvey, sostiene que la pituita, la bilis y la atrabilis, no pueden entrar en efervescencia á causa de un esceso de calor, y que la sangre es la única susceptible de sufrir este movimiento. Mas como este líquido contiene, segun el médico inglés, cinco principios, que son, espíritu, azufre, sal, tierra y agua, supone que la efervescencia se verifica entre ellos, y que tal es la verdadera causa de las fiebres continuas é intermitentes. Coloca entre las fiebres, al lado de las malignas y pestilenciales, las viruelas y el sarampion, y admite tambien una fiebre puerperal. En medio de las doctrinas humorales, fundadas en una química todavia muy imperfecta y mal aplicada al hombre enfermo, es fácil descubrir en las obras de Willis algunas ideas verdaderamente notables para la época en que se escribieron: la analogia que establece entre las fiebres eruptivas por una parte, y la calentura

maligna ó lo que llamamos fiebre tifoidea por otra, no deja de ser esacta, y anuncia un talento sagaz y observador (Th. Willis, *Diatribe de febribus* en *Opera omnia*).

»Sydenham concede á la economia un principio inteligente; pero añade á las ideas patológicas sobre la autocracia de la naturaleza algo de humoral. Asi es que en su concepto, la fiebre es una operacion de la naturaleza por medio de la cual las partes impuras y dañosas de la sangre se separan de las puras y sanas, y son espelidas por los diversos emuntorios del cuerpo. La materia febril inservible y aun enemiga ya de la naturaleza, la irrita, la ataca y provoca en todo el cuerpo unos temblores y un escalofrio, que son el signo de su furor (*Opera medica*, sect. III, cap. 3, *Feb. contin.*, *annor.*; 1667-68-69, p. 100; Ginebra, 1749, en 4.º, *Id.*, p. 46). Sydenham compara la fiebre con el apostema. Tales son, poco mas ó menos, las principales ideas teóricas que se encuentran en las obras de este autor, que prefirió, y con razon, el atento estudio de la naturaleza á la creacion de teorias médicas. Si lo citamos en la historia de las fiebres, es porque sus obras, aunque no tratan especialmente de ellas, contienen algunas descripciones bien hechas de gran número de enfermedades febriles.

»Stahl emitió sobre la naturaleza y objeto de la fiebre muchas ideas, que se hallan ya en los autores que hemos citado anteriormente. A su modo de ver, la fiebre es una operacion destinada á espeler la materia morbífica por medio de secreciones sucesivas y escreciones mas abundantes que de ordinario, pero no obstante moderadas y oportunas, que propenden á un fin saludable y conservador de la vida. Estas secreciones no pueden establecerse sin que se haga mas activa la circulacion general, y de aqui proviene la frecuencia de pulso y el aumento de calor. Todos los fenómenos del estado febril tienen un fin determinado, y se efectuan segun la intencion de la naturaleza. Asi es que las secreciones y escreciones solo se verifican en ciertas épocas y en condiciones de especie, tiempo y asiento, proporcionadas á la naturaleza y consistencia de la materia morbífica. Para no dejar duda alguna á sus lectores, les previene Sthal, que todos los fenómenos morbosos, considerados por algunos médicos como efectos mecánicos, determinados por el paso de la materia morbosa, son actos particulares en que toma una parte muy activa la inteligente naturaleza (*Theoria medica vera*, ed. Juncker; Halle, 1738, t. II, *De febribus in genere.*—Véase tambien *Dissert. de febrium therapia in genere*, en 4.º; Halle, 1704; y *Dissert. de methodo febres secundum rationem et experientiam rite tractandi;* Halle, en 4.º, 1708). Seguramente que no es á esta teoria vitalista á la que debe Stahl su inmensa reputacion, al menos en lo que concierne á la piretologia; sino al admirable talento que demuestra en la eleccion de las historias particulares de las fiebres, donde refiere con notable esactitud todos los fenómenos morbosos, su sucesion, y la influencia que tienen los movimientos críticos en el desenlace feliz ó funesto del mal. La coleccion en que consigna este médico sus observaciones contiene descripciones muy esactas de las fiebres contínuas, agudas ó crónicas; de las calenturas sinoca, efémera, ardiente, héctica y petequial, y de las intermitentes (*Collegium casuale sic dictum minus decomplectens centum et duos casus*, en 4.º; 1731). Stahl, como dicen sus mas dignos comentadores, se adhirió á las escuelas griegas, cuyas principales cualidades recuerda por la escrupulosa atencion con que estudia sin cesar las diversas fases de las enfermedades, los fenómenos que traen consigo, y las reglas de la espectacion: sus escritos sobre este punto no han sido aventajados por los médicos que le han sucedido (*Dissertat. universa de medicina sine medico*; Halle, 1807, en 4.º—*De judicio difficili*; Halle, 1707, en 4.º—*De syncretismo medico;* Halle, 1707, en 4.º—*De acrisia in febribus;* 1707.—*De periodis acutarum sine criscos eventu exquisit*; 1708, etc.).

»Adaptando Hoffmann su doctrina favorita á la esplicacion de la fiebre, da de esta una definicion, que ya hemos mencionado estensamente, y que está concebida en términos conformes á sus principios físico-mecánicos. Una afeccion espasmódica del sistema nervioso y vascular, procediendo de la periferia al centro, y rechazando en seguida los líquidos del interior al esterior, es segun Hoffmann la causa próxima del movimiento febril. Pasa este médico á describir los fenómenos del estado febril, y lo hace con ese conocimiento esacto de la naturaleza, que se nota sobre todo en las historias particulares y muy bien escogidas que presenta (*Dissert. praxis clinica et compendiosa febrium cum cautelis;* Halle, 1705, en el suplemento. V. tambien *Opera omnia de febribus*, passim). Los rasgos de erudicion con que supo amenizar Hoffmann sus discursos dan mucho interés á sus diversos escritos.

»Acabamos de ver que dos médicos, ambos célebres por sus doctrinas, y fundadores de escuelas que han gozado de una gran reputacion, han emitido sobre las fiebres ideas harto diferentes. Tambien otro no menos ilustre, fundador igualmente de una escuela de nombradia, que es Boerhaave, consagró un vasto capítulo de sus aforismos al estudio de las fiebres en general. Este médico no se adhirió á ninguna teoria esclusiva. Pasa en concepto de ecléctico, y sin embargo las teorias mecánicas, la obstruccion y el espasmo, representaban un gran papel en sus obras. Hemos utilizado en muchos casos los aforismos de Boerhaave y los sabios comentarios de Van Swieten en la redaccion de este artículo, debiendo recordar que la fiebre consiste, segun este médico, en una contraccion mas rápida del corazon, irritado por una causa morbífica; la cual se reduce á un influjo demasiado considerable de los fluidos nervioso

y cerebeloso sobre los músculos, y de la sangre sobre las cavidades del corazon y de los vasos (Afor. 574, t. II, en 4.º; Paris, 1771): tal es en su sentir la causa próxima. Pero ademas ha dado una teoria completa de la causa de la fiebre, fundándola en la condensacion de la sangre. Creia que en algunas circunstancias patológicas se hacia este líquido demasiado consistente y viscoso, deteniéndose en los vasos y dando asi orígen á su obstruccion, cuyo aumento de consistencia era muchas veces enteramente espontáneo. Supone que en las enfermedades pueden formarse principios químicos que contribuyan á la condensacion de la sangre, y que esta es á menudo un efecto de la fiebre, que hace perder á dicho líquido una parte de su consistencia, por la salida de sus porciones mas fluidas al través de los órganos secretorios. La fiebre desempeña tambien otro papel, segun Boerhaave: el de disipar las obstrucciones que se han formado espontáneamente, convirtiéndose entonces en un medio saludable; pero ocasiona tambien muy á menudo flegmasías, porque condensa la sangre y altera los vasos. Es visto pues, que toda la teoria de Boerhaave y de su escuela, que sin embargo tuvo mucha boga, está fundada en un hecho imaginario, y que se halla desmentido por los conocimientos mas precisos que se poseen en la actualidad. En medio de todo sus aforismos sobre las fiebres, y los comentarios de que han sido objeto, pueden considerarse como una obra maestra por su precision, erudicion y esactitud. No hay duda que los escritos de Boerhaave contienen graves errores; pero tambien es imposible formular con mas concision los principales caractéres de la fiebre en general, sus síntomas, sus causas apreciables, y las diferencias que separan las calenturas. Por lo demas solo se propuso describir cierto número de fiebres, como son la efémera, la pútrida, la ardiente y las intermitentes, y aun de estas no indica mas que sus principales caractéres.

»A pesar de los servicios que prestaron los tres médicos cuyos trabajos acabamos de esponer, preciso es confesar que los progresos de la piretologia fueron todavia poco rápidos. No obstante, ya se acostumbraba distinguir de las fiebres las flegmasias y ciertas enfermedades locales, á quienes se quitó la inexacta calificacion de calenturas, y se iban conociendo mejor las relaciones que existen entre estas y varias afecciones, como los exantemas.

»Parécenos que debe hacerse particular mencion de Chirac (*Traité des fièvres malignes et des fièvres pestilentielles qui ont régné á Rochefort* en 1694), en cuya obra se encuentra una esposicion muy completa de las observaciones é inspecciones cadavéricas recogidas por él. Creyó este autor que las fiebres malignas sujetas á su observacion resultaban de una flegmasia del cerebro y de los órganos digestivos. «Cuando las razones, dice, que hemos alegado hasta aqui para demostrar que el cerebro está inflamado en la fiebre maligna, no pudieran considerarse cada una en particular mas que como simples congeturas, la abertura del cadaver nos instruiria de un modo mas cierto; pues nos haria ver que el cerebro de los que mueren de fiebre maligna está rojo, infartado de sangre é inflamado.» No duda pues, que la fiebre maligna dependa de la flogosis y de la inflamacion del cerebro, en cuya notable conclusion demuestra su estremada sagacidad. Pero este descubrimiento no tuvo el resultado que se debia esperar; pasó casi desapercibido, y sin embargo debe considerarse en la historia de la medicina, y en particular de la piretologia, como una feliz tentativa de localizacion. No era ya la primera; pues F. Hoffmann, dice Rayer en un artículo lleno de sana erudicion, manifiesta que todos los individuos que viera perecer á causa de la fiebre, habian sucumbido con inflamaciones del estómago, de los intestinos ó de las meninges. Mas lejos de considerar la calentura como síntoma de estas lesiones, prefirió atribuirla á un espasmo de la periferia, que dirigia la sangre hácia las partes internas (artículo FIEBRE, *Dict. de méd.*, 1.ª edic., p. 12).

»A medida que adelantamos hácia fines del siglo XVIII, se hacen cada vez mas notables las tendencias de localizacion. Baglivio conoció las inflamaciones gastro-intestinales, y les atribuia ciertas fiebres. Dice que Spigelio consideraba la hemitrítea como un efecto de la erisipela de los intestinos delgados: «Ab erysipe»late intestinorum tenuium oritur» (Baglivi, *Opera omnia medico-practica*, t. I, p. 74, en 8.º; Paris, 1788). Dodonæus se inclinaba á creer que era el estómago el que se hallaba enfermo en esta fiebre, y Baglivio opina lo mismo, cuando dice mas tarde, hablando de la hemitrítea: «Maxime lethalis est ob ventriculi, »potissimum nervosæ suæ partis, læsionem» (*loc. cit.*, pág. 74). Tambien refiere este último médico á una inflamacion del estómago la fiebre lipiria, ardiente, y á inflamaciones viscerales las calenturas eloda, asoda, epial, triteofia y tifoidea. Por último, lo mas notable es el modo que tiene de espresarse con respecto á las fiebres malignas: «Quæ nobis videntur ma»lignæ, à viscerum phlegmone aut erysipela»tode fiunt, id est à causa evidente et manifes»ta; ¿unde ergo ista malignitas?» (*loc. cit.*, p. 69). Es estraño que una obra tan notable como la de Baglivio no tuviera el privilegio de llamar la atencion de sus contemporáneos y sucesores.

»Ya hemos hablado de la definicion de Bellini, quien considera las fiebres como una alteracion del movimiento, de las cantidades ó cualidades de la sangre, ya se encuentren aisladas ó ya reunidas todas estas condiciones (*De febribus*, p. 317, en *Opera omnia*, t. I, en 4.º; Venet, 1732): divide las fiebres en continuas, intermitentes y remitentes (ob. cit., p. 182). Entre las primeras coloca la efémera, la sinoca simple, la sinoca pútrida y la ardiente con-

tinua. En el número de las fiebres remitentes figuran la terciana remitente, la cuotidiana, la cuartana remitente, el sudor inglés, la fiebre de Hungria y la peste. Bellini hace en sus escritos escelentes descriciones; pero da mucha cabida á las teorias humorales fundadas en alteraciones de la sangre. Admite á cada paso, que este líquido se hace mucho mas denso y viscoso, y que esto le impide recorrer libremente los vasos para llegar á las partes que debe vivificar, y hasta supone que los diferentes grados de viscosidad de la sangre son las causas de las diversas especies de fiebre.

»El tratado de Huxham sobre las fiebres puede considerarse como una preciosa coleccion, aunque contiene sin embargo algunas ideas completamente hipotéticas sobre las alteraciones humorales, que el autor inglés supone existen en la fiebre maligna y pútrida. Debemos mencionar el capítulo en que trata de la disolucion de la sangre, donde se encuentran observaciones muy esactas acerca de las cualidades físicas de este líquido en las fiebres graves (*Essai sur les fièvres*).

»Antonio de Haen trata separadamente en la vasta obra donde consigna el resultado de su larga práctica (*Ratio medendi*) de la mayor parte de las fiebres, pero mas especialmente de las graves (*De febribus vere malignis*; *de febre pestilentiali; de miliaribus et petechiis*, en *Opera omnia*, t. IX, en 12°; Paris, 1774, y passim). Ya hemos dicho que se le deben los estudios termométricos sobre la temperatura de los individuos atacados de fiebres graves. Tambien ha publicado observaciones bastante esactas relativas á los exantemas, como la escarlatina, las viruelas y el sarampion.

»La publicacion de la fiebre mucosa que observaron Rœderer y Wagler en Gotinga por los años de 1760 y 1761, acostumbró á los médicos á admitir cierto número de fiebres producidas por enfermedades locales. El asiento de la que estudiaron estos autores eran los intestinos (*De morbo mucoso*, en 4.°; Gotinga, 1762).

»Ya hemos visto que habian pasado desapercibidas muchas tentativas de localizacion, no menos importantes que las de los médicos alemanes, cuyos trabajos en nada alteraron la doctrina de las fiebres. Tampoco los de Miguel Sarcona tuvieron mejores resultados (*Histoire raisonnée des maladies observées à Naples pendant le cours entier de l'année* 1774, trad. del italiano por Bellay, 2 vol. en 8.°; Lion, 1805).

»*Las memorias* de Lind *sobre las fiebres y el contagio* (trad. por Henr. Fouquet, en 12.°; Montp., 1780) contienen una historia de las diversas especies de fiebres, y particularmente de las petequiales, escorbúticas, de la calentura amarilla, etc.; pero este libro no ofrece ningun interés al que se ocupe de las fiebres de una manera general. Otro tanto podriamos decir de una multitud de obras, que pasamos en silencio, ya porque no han influido sobre los progresos de la piretologia, ó ya porque solo tratan de las diferentes especies de fiebres, cuya descripcion haremos mas adelante. Entre estas obras deben colocarse la de Grant (*Recherches sur les fiebres*, trad. del inglés, 3 vol. en 12.°; Paris, 1773), en la cual seria difícil encontrar opiniones médicas algo adelantadas; pues se limita á reproducir muy estensamente todas las aserciones emitidas en los diversos tratados antiguos de piretologia. Los autores que han hecho servicios mas verdaderos á la piretologia, son: 1.° Stoll por la publicacion de su obra (*Ratio medendi*; Viena, 1777-80) y de sus aforismos sobre las fiebres (*Aphorismi de cognoscendis et curandis febribus*, Vien., 1786; trad. por Corvisart, en 8.°, Paris); 2.° Rœderer y Wagler por la descripcion que dieron de la fiebre mucosa de Gotinga; y 3.° Torti (*Therapeutice specialis ad febres periódicas perniciosas*).

»Hasta aqui no hemos hablado de los principales nosógrafos, tales como Sauvages, Sagar, Vogel, Selle y Cullen; porque sus tentativas de sistematizacion de que hemos hecho mencion en otra parte, no tuvieron á nuestro parecer grande influencia en los progresos de la piretologia. Debemos sin embargo esceptuar á Cullen y Selle. Versado este último en el conocimiento de todas las obras de la antigüedad y contemporáneas, se dedicó especialmente á ordenar de un modo metódico casi todas las enfermedades febriles que se habian admitido antes de él. No advirtió que las fiebres complicadas, que describe despues de las simples, eran enfermedades de asiento y naturaleza bien determinados. Sin embargo, formó de un modo bastante feliz para su época los principales grupos de las fiebres cuya existencia se miraba entonces como incontestable (*Rudimenta pyretologiæ methodicæ*, en 8.°; Berlin, 1789).

»No debe Cullen el esplendor con que ha brillado á su cualidad de nosógrafo, ni á las clasificaciones sistemáticas que instituyera, sino á la estremada sagacidad con que supo comprender todas las particularidades de las fiebres, haciendo resaltar sus principales caractéres, en una série de consideraciones generales que son todavia en la actualidad la admiracion de los que leen sus *Elementos de medicina práctica* (t. I; Paris, 1819). Empieza describiendo los síntomas de las fiebres, y despues indaga su causa próxima. En este parage desenvuelve su teoria predilecta sobre el espasmo, que cree existir en la estremidad de los vasos constituyendo la fiebre (obr. cit., p. 93). Los demas capítulos estan consagrados al estudio general de la diferencia de las fiebres, de su pronóstico, tratamiento, etc. Las descripciones particulares que dió Cullen de las diversas especies de fiebres intermitentes dejan poco que desear; pues son un cuadro fiel de la naturaleza, y tuvo cuidado de hacer desaparecer todas las divisiones escolásticas que habia encontrado en los libros, limitando el estudio de las calenturas á tipos incontestables, que es fácil

observar á la cabecera de los enfermos. No podremos recomendar demasiado la lectura de toda la parte de los *Elementos de medicina* consagrada al estudio de las fiebres.

»Borsieri dedica una parte del primer volúmen de su obra, y todo el segundo, al tratado de fiebres (*Institutionum medicinæ practicæ*, en 12; Ven., 1817). Es imposible concebir una produccion de esta especie bajo un plan mas vasto que el que adopta el profesor italiano. Primero se ocupa de las diferencias que separan las fiebres, demostrando en todas las discusiones que establece con este motivo, una crítica juiciosa: los síntomas, las causas, el curso de la fiebre, todo lo estudia en esta obra. Hace con estensos pormenores la historia de las calenturas intermitentes, continuas y remitentes, y la acompaña de numerosas citas, que aumentan el valor del trabajo de Borsieri, haciendo de él una obra que brillará en todos tiempos por la erudicion con que está escrita. La única inculpacion que puede hacerse á este sabio médico, es la de haber consagrado muchas páginas al estudio de fiebres cuya existencia es muy dudosa, empeñándose en establecer descripciones particulares para cada una de ellas.

»Citaremos por último el *Curso completo de las fiebres* de Grimaud (4 vol. en 8.°; Montp., 1791), que no merece ciertamente la reputacion que se le ha concedido: solo contiene una esposicion mas juiciosa y mejor razonada de los trabajos anteriores.

»*Historia de las fiebres desde Pinel hasta Broussais.*—Hemos llegado ya á uno de los mas brillantes períodos de la historia de las fiebres. Para apreciar en su justo valor los servicios que ha hecho Pinel al publicar su *Nosografia*, es preciso tener en cuenta que sus predecesores le habian preparado la senda en que entró con tanta distincion, y que la tendencia á localizar era manifiestamente mayor de dia en dia. Los escritos publicados por Chirac, Baglivio, Stoll, de Haen, Ræderer y Wagler y Sarcone, y sobre todo los progresos de la anatomia patológica, habian anunciado la revolucion médica que no tardó en realizarse, y en que tomó Pinel una parte muy activa publicando su *Nosografia*. Cuantos profesores han escrito sobre la historia de la medicina, le tributan de buen grado los elogios á que por este motivo se hizo acreedor. Empero, repetimos, si ha de formarse una idea esacta de los servicios que prestó á la ciencia, no debe juzgarse su obra solamente en sí misma, sino atendiendo al tiempo en que vivió y á los hombres que le rodeaban. Colocándose bajo este doble punto de vista, se ve que Pinel no hizo tal vez que progresára la piretologia tanto como deberia esperarse de un médico, que habia meditado los escritos de los antiguos, estableciendo que sus doctrinas, completamente hipotéticas, no se fundaban en la observacion de la naturaleza, y que profesó la acertada opinion de que era necesario empezar esta observacion, ó por lo menos elegir únicamente, entre los hechos que habia dejado la antigüedad, los que realmente tuviesen este sello. Tal fue la direccion eminentemente filosófica que siguió en sus tareas, como lo declara él mismo en el prefacio de su *Nosografia* y en el artículo Fiebre del *Diccionario de medicina*: «Ante todo, dice, era preciso guardarse de caer en juicios precipitados y prevenciones erróneas; siendo lo mas conveniente adoptar en toda su severidad el método descriptivo seguido en las epidemias de Hipócrates. Tal fue el plan invariable que me propuse cuando me nombraron proto-médico del hospicio de Bicetre.» Estas palabras, que atestiguan el severo juicio de Pinel, no le escusaron de sufrir el yugo de las doctrinas antiguas; y cosa estraña, el mismo hombre que redujo el número tan considerable de las pirexias á algunos tipos marcados, declara en el prefacio de su *Nosografia*, que no pretende que sean las calenturas enfermedades de los órganos, sino mas bien alteraciones funcionales de estos; de donde se seguiria necesariamente, que las pirexias debian colocarse en el número de afecciones cuyo asiento está bien determinado. Otra prueba todavia mas convincente, y que demuestra que Pinel no pudo esplicarse la naturaleza de la revolucion que hacia, mas tal vez por el impulso de las cosas, que por su propia voluntad, es que define las pirexias calificándolas de enfermedades sin lesion local primitiva, y al mismo tiempo les señala un asiento, ya en los vasos, estómago ó duodeno, ó ya en las glándulas y el sistema nervioso, conservándoles no obstante la denominacion de pirexias.

»Si se quiere otra prueba de que Pinel localizó casi sin saberlo y como á pesar suyo, no hay mas que echar una ojeada al pasage en que, despues de hablar de la fiebre atáxica, dice haber encontrado en el encéfalo diversas lesiones, tales como derrames serosos en los ventrículos, y los caractéres de un estado inflamatorio de las meninges, que aparecian gruesas y opacas, con exudacion de una sustancia concreta: «en una palabra, añade, el asiento de la enfermedad se ha manifestado siempre hasta aqui en la cavidad encefálica, con apariencias de una especie de estorbo y compresion en el origen de los nervios; lo cual está de acuerdo por otra parte con la alteracion y el trastorno de las leyes de la economia animal, ó mas bien con las anomalias del sistema muscular y nervioso, que forman el caracter particular de las fiebres atáxicas» (*Nosografia*). Vemos, pues, que Pinel declara que la fiebre atáxica va acompañada de lesiones que la deberian colocar en las meninges, conservándole sin embargo el título de fiebre esencial.

»A pesar de estos defectos, que acreditan á la vez la influencia de las doctrinas antiguas y el juicio algo vacilante del célebre nosógrafo, seriamos injustos con respecto á él, si no re-

conociésemos que en último análisis contribuyó mas que ningun otro médico de su época á la localizacion de las fiebres; y que si bien esta tendencia, resultado necesario sin duda de los estudios anatómicos y fisiológicos que entonces se hacian, se encontraba en gran número de médicos, solo á Pinel pertenece el honor de haber llevado á cabo semejante revolucion. Los que lean hoy la obra de Pinel deben recordar, que en la época en que escribia, la doctrina de las fiebres se hallaba todavia en un caos, y que si incurrió en algunas contradicciones entre ideas y palabras, es preciso atribuirlo en parte al inmenso imperio que aun ejercia la antigüedad, y á la imperfeccion de la anatomia patológica, que no habia hecho mas que empezarse á aplicar al descubrimiento de lesiones hasta entonces desapercibidas.

»Debemos ahora mencionar una multitud de obras, unas concebidas en el mismo sentido que la de Pinel, y que no eran otra cosa que comentarios mas ó menos estensos sobre su doctrina, y otras que añadieron mucho á lo que ya se habia publicado. Entre estas últimas merecen citarse particularmente las de Prost y Caffin. El primero consigna en su libro, por otra parte poco metódico, algunas observaciones muy interesantes sobre las fiebres, buscando su causa en las alteraciones de los órganos. Dice, por ejemplo, haber inspeccionado mas de doscientas personas muertas en el curso de fiebres atáxicas, y encontrado constantemente la inflamacion de la membrana mucosa gastro-intestinal, la cual era muy intensa si los síntomas habian sido violentos, y débil en las constituciones delicadas (*De la médecine éclairée par l'observation et par l'ouverture des corps*, t. I, p. 56, en 8.º; Paris, 1804). Despues de una declaracion tan formal, se comprende sin esfuerzo que se haya querido atribuir á Prots el honor de haber descubierto la gastro-enteritis y la indicacion positiva de la lesion que determina los síntomas de las fiebres tifoideas.

»Las proposiciones sentadas al principio del libro de Prost con el modesto título de *Introduccion*, contienen algunas opiniones médicas muy adelantadas, sumamente juiciosas y que merecen tenerse muy en consideracion, pues todavia en la actualidad pueden considerarse muchas de ellas enteramente esactas.

»La fiebre, segun Prost, es una alteracion de la circulacion arterial, causada por la escitacion directa ó simpática del sistema de sangre roja; diferenciándose en razon: 1.º del órgano cuya enfermedad le da orígen; 2.º del modo de alteracion; 3.º de los medios que la sostienen y complican, y 4.º del temperamento, estacion y clima.

»El carácter esencial de la fiebre resulta de la parte que toma en ella el sistema nervioso. Ora son las arterias las que estan principalmente afectadas en su curso, y ora los nervios: en el primer caso se llama *inflamatoria* ó *angioténica*, y en el segundo tiene denominaciones que deben fundarse en la naturaleza de las alteraciones que la han producido.

»Las fiebres mucosas, gástricas, atáxicas y adinámicas, tienen su asiento en la membrana mucosa de los intestinos; resultando de las diversas ulceraciones de esta túnica y de las causas que las producen y sostienen.» Este pasage es decisivo, y no se puede negar á Prost el honor de haber localizado en el tubo digestivo las fiebres llamadas esenciales. No ha hecho mas Broussais, ni los que despues han referido todas las fiebres á la afeccion tifoidea.

»Prost conocia muy bien el papel que representa la irritacion en los fenómenos febriles: «Las escitaciones del sistema de sangre roja pueden verificarse con fiebre ó sin ella; la calentura resulta de la escitacion comunicada á todas las arterias y al corazon, ya directamente por la sangre ó la accion de sus vasos, ó ya simpáticamente por la influencia que ejerce el sistema nervioso sobre el corazon y los demas órganos. Cuando la irritacion se limita á alguna parte, sin ser bastante viva para propagarse hasta el corazon, ni contar con la intensidad y susceptibilidad necesarias para alterar todo el sistema nervioso y su centro, la enfermedad es local, la inflamacion idiopática y no se desarrolla la fiebre» (obr. cit., t. I, p. 22).

»No son las fiebres las únicas enfermedades en que se halla alterada la circulacion; y por lo tanto es muy dificil señalar el grado de trastorno de esta funcion en que principia la fiebre, sobre todo cuando el desórden del sistema nervioso se sobrepone al del arterial, como puede verse fácilmente en las enfermedades llamadas nerviosas, en las que es el pulso muy variable, aunque no se declare fiebre en su curso.» Mas adelante demuestra Prost cuan esactas y precisas eran las ideas que tenia sobre la fiebre, cuando dice que el estado febril es indeterminado, que empieza á cierto grado de una alteracion imposible de fijar, y que las enfermedades que producen la fiebre pueden existir sin esta, mientras se hallen en su primer estado, y no esperimente el pulso la alteracion febril ó la ofrezca solo por algunos momentos.»

»Estas citas tomadas de la obra de Prost, hacen resaltar suficientemente los servicios que debiera haber prestado, si hubiera sido mas conocida y mejor apreciada de sus contemporáneos. Diremos mas: en esta obra se hallan depositadas como en bosquejo, las principales ideas que fueron mas tarde objeto de las importantes discusiones que promovió la doctrina de la irritacion.

»Otros escritos, tales como el de Aygalenq (*Dissertation analytique sur la fievre angéioténique*; Paris, 1800) y Navieres (*Dissertation sur une epidemie de fiévre inflammatoire observée en* 1802 *dans la commune de Mantes*), estan concebidos enteramente en el mismo sentido que la nosografia filosófica.

»Entre las obras que mas se distinguen en piretologia, debe incluirse la de Caffin (*Traité*

analytique des fièvres essentielles, 2 vol. en 8.º; Paris, 1811), quien trató de limitar el número de fiebres, y concurrió con muchos de sus contemporáneos á localizarlas. Sostiene con Sylva y Chirac, que las fiebres atáxicas dependen de una afeccion del cerebro. Reconoce que las alteraciones que suelen encontrarse en ciertos casos, no son muy considerables ni numerosas, y añade las observaciones siguientes: «Acostumbrados á ver lesiones muy perceptibles en las inflamaciones y en las lesiones orgánicas, queremos ver lo mismo en las fiebres; pero nos engañamos, pues aunque sin duda existen, son mas íntimas, y algun dia se descubrirán por medio de autopsias mas minuciosas» (obr. cit., t. II, p. 230).

»La clasificacion que da de las fiebres es muy defectuosa, asignándoles á todas un asiento y á veces una lesion muy determinadas. Ademas confunde, como la mayor parte de los autores, el movimiento febril con la fiebre.

»Primer género. Fiebres glandulosas; especies: del higado; fiebre biliosa, gástrica;—de los riñones; diabetes;—del pancreas; ciertos casos de diarrea serosa;—de las glándulas salivales; tialismo, salivacion parotidea, sub-maxilar y sub-lingual;—de la glándula lagrimal: algunas epiforas ú oftalmias serosas;—de las mamas: fiebre láctea.

»Segundo género. Fiebre de los órganos foliculares: fiebres mucosa, pituitosa, adeno-meníngea.

»Tercer género. Fiebre de los órganos exhalantes;—cutáneas: fiebre sinoca, sudor crónico;—de las serosas: muchos casos de fiebre atáxica cerebral, etc.

»Quinto género. Fiebre de los órganos nerviosos;—del cerebro: fiebre nerviosa, atáxica y maligna.

»Solo hemos transcrito esta estraña clasificacion, para demostrar la manera con que comprendia cada autor la localizacion, si es que puede darse este nombre á un órden que comprende enfermedades que á pocos médicos, aun de la antigüedad, les habia ocurrido considerar como fiebres. Caffin confunde el estado febril con la fiebre, y de aqui resulta en todas sus descripciones generales, la oscuridad de que tambien adolecen los demas escritos que aparecieron antes de la doctrina de Broussais.

»La obra de Petit Radel apenas merece citarse; pues solo se encuentran en ella generalidades bastante vagas, que apenas pueden aplicarse á la historia particular de las fiebres (*Pyretologia médica*, en 8.º; Paris, 1808; traduccion francesa, en 8.º; Paris, 1812). No sucede lo mismo con el *Tratado de las fiebres de Giannini* (trad. del italiano por Heurteloup, en 8.º, 2 vol.; Paris, 1808); cuya obra no es en rigor una piretologia, y sí una historia práctica de las fiebres graves é intermitentes, en que el autor se propone, y muchas veces con buen éxito, establecer el verdadero tratamiento.

»Finalmente, la última obra que termina con dignidad esta época y prepara la siguiente, es el trabajo de Petit y Serres (*Traité de la fièvre entero-mesenterique*, 1 vol. en 8.º; Paris, 1813).

»*De las fiebres desde Broussais.*—No es nuestro ánimo investigar aqui la influencia que tuvo la doctrina de Broussais sobre el estudio de las fiebres en particular; pues de esto nos ocuparemos al tratar de cada una de ellas: nuestro principal objeto es apreciar de un modo general los cambios que indujo en este punto importante de la patologia interna, y de ningun modo criticar las proposiciones emitidas por el médico de Val de Grace; porque esto nos llevaria fuera del dominio de la piretologia, y nos haria entrar en el estudio general de la medicina, á la que se halla sin embargo íntimamente unido el de las fiebres.

»Recordemos que para Broussais la fiebre, considerada de una manera general y abstracta, nunca es otra cosa que el resultado de una irritacion primitiva ó simpática del corazon, la cual hace que este órgano acelere sus contracciones; que toda irritacion bastante intensa para producir la fiebre es una flegmasia; que todas las fiebres de los autores dependen de una gastro-enteritis simple ó complicada; que las pretendidas fiebres esenciales resultan de la inflamacion de los órganos digestivos, y nunca son esenciales; que las intermitentes y remitentes son gastro-enteritis periódicas, en que el encéfalo y las demas vísceras estan irritadas simpáticamente, y que las llamadas *perniciosas* se diferencian únicamente de las demas por su violencia y el peligro de las congestiones.

»La enumeracion de estas proposiciones es suficiente para demostrar el estado en que colocó Broussais la piretologia. No hay fiebre, sino un movimiento febril, el cual resulta de una irritacion primitiva ó simpática; toda irritacion con fiebre es una inflamacion, y todas las fiebres esenciales son movimientos febriles simpáticos de la gastro-enteritis simple ó complicada: tal es en pocas palabras el resumen de toda la doctrina de Broussais con respecto á las calenturas (V. *Examen des doctrines*; Paris, 1816, primer vol. y sig.; *De la irritation et de la folie; Cours de pathologie et de thérapéutique générales*, passim).

»Los servicios que hizo este médico son inmensos, y se infieren naturalmente de la esposicion bibliográfica que hemos hecho anteriormente. En efecto Broussais, despues de una atenta lectura de las obras antiguas y modernas, y sobre todo por la observacion de la naturaleza, vino á caer en una estremada perplegidad respecto de los grupos de fiebres, cuya esacta descripcion era forzoso conservar entonces en la memoria para adaptarla á las enfermedades que se observaban. Vió en las obras, y especialmente en la naturaleza, tantas variaciones en los síntomas propios de las fiebres, que le indugeron á creer que todo este aparato de síntomas podria depender muy bien de condiciones accesorias y no de la misma enferme-

dad. Impresionado su ánimo por esta idea, trató de buscar un hecho invariable, y muy luego lo encontró en una lesion, siempre igual, que llamó irritacion inflamatoria ó inflamacion. Pero hasta entonces solo habia dado con la causa de una multitud de fiebres sintomáticas, y faltábale descubrir la de las esenciales. Procediendo del mismo modo, creyó haberla hallado, y la colocó en la inflamacion aguda ó crónica del tubo digestivo. La gastro-enteritis se hizo entonces la causa de todas las fiebres esenciales, y se borraron estas del cuadro nosológico. Las intermitentes, la fiebre amarilla, la peste, todos los grandes tifus, el sarampion, las viruelas, la escarlatina, etc., todo era efecto de la gastro-enteritis simple ó complicada, y este *criterio* universal sirvió durante mucho tiempo para dar cuantas esplicaciones fueran necesarias: la diferencia en los síntomas de las fiebres, su periodicidad, los resultados de las medicaciones llamadas incendiarias, y hasta la falta de los signos comunes de la inflamacion, todo se concebia por la sola intervencion de esta causa, es decir, la gastro-enteritis.

»Lo que pudieramos decir sobre esta materia ofreceria escaso interés en la actualidad. La doctrina de la irritacion está completamente juzgada, sobre todo por lo que toca á la piretologia. ¿Qué lector quisiera vernos reproducir los argumentos, con que se ha llegado á demostrar que no todas las fiebres reconocen por causa una lesion orgánica apreciable, y especialmente una gastro-enteritis? Diremos únicamente que Broussais, llevando la localizacion hasta el estremo, acostumbró á los médicos á buscar siempre los síntomas piréticos en una lesion ó alteracion funcional, y que bajo este aspecto ha prestado grandes servicios. Acabó de destruir ademas el antiguo edificio de las fiebres, que construido sobre teorias humorales falsas, no tardó en desplomarse bajo el impulso de la anatomia patológica y de la fisiologia, que tan hábilmente manejaba. Los grupos establecidos por Pinel no pudieron resistir la acerba crítica que dirigió contra ellos el ilustre reformador.

»No obstante, hubo un número bastante considerable de médicos recomendables, que conservaron mas ó menos modificadas las teorias antiguas, y la esencialidad febril fue objeto de vivas controversias. Los que sostuvieron las doctrinas antiguas fueron Chomel (*De l'existence des fièvres; Des fièvres et des maladies pestilentielles*, en 8.°; Paris, 1821), Fages (*Mémoires pour servir à l'histoire critique et apologetique de la fièvre*, en 8.°; Mont., 1820), Dardonville (*Mémoire sur les fièvres en opposition à la nouvelle doctrine*, en 8.°; Paris, 1821), Collineau (*Peut-on mettre en doute l'existence des fièvres essentielles?* en 8.°; Paris, 1823) y Gendrin (*Recherches sur la nature et les causes prochaines de la fièvre, de l'inflammation*, 2 vol. en 8.°; Paris, 1823).

»Las doctrinas de Broussais fueron defendidas con vigor en las siguientes obras: *Refutation des objections faites à la nouvelle doctrine des fièbres*, por Roche; *Mémoire en réponse à celui de M. Chomel*; en 8.°; Paris, 1821; *Piretologie physiologique, ou Traité des fièvres, considérées dans l'esprit de la nouvelle doctrine médicale*, por Boisseau, en 8.°; Paris, 1823. El autor de esta obra, notable por su esposicion sencilla y metódica, abraza enteramente la doctina de Broussais, y sin embargo se le ve adherirse á la clasificacion de Pinel, esforzándose en referir todos sus tipos á afecciones locales bien determinadas. Por lo demas, aunque adoptando la teoria de la irritacion, opina que no todas las fiebres esenciales deben atribuirse esclusivamente á la gastro-enteritis, y que las causas de estas enfermedades no obran tan solo sobre la membrana mucosa gastro-intestinal, la que en ciertos casos ni aun llega á afectarse. Por último, emite una opinion muy notable y frecuentemente reproducida, á saber: «Que las inflamaciones del pulmon, la vejiga y el útero pueden determinar fiebres adinámicas y atáxicas, sin que participe el estómago del estado morboso, por lo menos en un alto grado de intension: en ciertos casos, dice, se encuentran despues de las fiebres atáxicas vestigios inequívocos de inflamacion en otros órganos, mientras que se halla intacta la membrana mucosa que reviste el estómago y los intestinos gruesos.»

»Bouillaud en su *Tratado clínico y esperimental de las fiebres llamadas esenciales* (en 8.°; París, 1826) sostiene las doctrinas de Broussais, y hace representar un papel exagerado á la fiebre angioténica primitiva ó consecutiva en la produccion de las diferentes especies de calenturas. En el artículo FIEBRE del *Diccionario de medicina y cirujia prácticas* establece Bouillaud: 1.° que la fiebre, elemento comun de todas las enfermedades llamadas *calenturas*, consiste en una irritacion del sistema sanguíneo; 2.° que la fiebre inflamatoria es solo un grado de la irritacion de este sistema; 3.° que los síntomas de las fiebres biliosa, meningo-gástrica, adeno-meníngea y entero-mesentérica, provienen de una inflamacion del tubo digestivo; coincidiendo especialmente las formas tifoidea, adinámica ó pútrida, con la flegmasia de la porcion inferior de los intestinos delgados, cuya inflamacion predomina en los folículos agmíneos ó glándulas de Peyero; 4.° que los fenómenos generales de putridez ó adinamia resultan de la accion que ejercen las materias pútridas en la sangre, y por consiguiente en toda la economia; y 5.° que los síntomas atáxicos son efecto de una irritacion primitiva ó consecutiva del aparato cerebro-raquidiano.

»Cuando leemos hoy las diferentes obras que hemos citado últimamente, ya esten escritas en favor ó ya en contra de la antigua doctrina de las fiebres, nos sorprende la importancia que se daba á ciertas cuestiones que no escitan ya nuestro interés. ¿Será que haya progresado tanto la medicina, que no necesitemos debatir estas cuestiones, ó que todas, y entre ellas la de la

esencialidad febril, se hayan resuelto definitivamente en un sentido opuesto al que permite la teoria de la irritacion? La verdad es que no se ha depurado ciertamente la materia; sino que se ha remplazado una teoria por otra, y sustituido á la gastro-enteritis la fiebre tifoidea.

»Si se pregunta á los médicos instruidos, que han hecho sus estudios de quince años á esta parte, si conocen las fiebres inflamatoria, biliosa, pútrida, adinámica, atáxica, etc., responderán sin vacilar que no han observado jamás semejantes calenturas, y que únicamente saben se las encontraba en tiempo de Pinel; pero que ahora ya no existen. Dirán tambien, que todas estas fiebres eran variedades de la gastro-enteritis en concepto de Broussais; pero que esta doctrina ha pasado ya, y en la actualidad solo hay una fiebre llamada tifoidea destinada á remplazar á todas las demas; con la cual, lo mismo que con la gastro-enteritis de Broussais, pueden escusarse todas las calenturas; que ya no hay fiebres inflamatorias, adinámicas, atáxicas ni biliosas, sino una fiebre tifoidea con la forma inflamatoria, adinámica, atáxica, biliosa, etc., y que las fiebres tifoideas pueden ofrecer una intension débil, mediana y grave, durando uno, dos, tres, ocho ó mas septenarios, etc. Ciertos grupos de síntomas, tales como un simple aturdimiento con debilidad, pérdida de apetito, un poco de estupor y algunos borborigmos, hubieran puesto en gran perplegidad á los antiguos, que á pesar de sus innumerables calenturas, no siempre sabian á qué tipo referir este caso particular; pero los médicos actuales no se paran en tan poco; tales síntomas les anuncian una fiebre tifoidea.

»En cuanto á la localizacion de esta enfermedad nada deja que desear: son las chapas de Peyero las que se hallan alteradas, lo mismo que para Broussais era una flegmasia de la membrana gastro-intestinal, la que ocasionaba todas las fiebres esenciales. Pero en el caso de ser la enfermedad de muy débil intension, estan enfermas las chapas de Peyero? y en la afirmativa, se parece la lesion á la que se encuentra en la tifoidea grave? La respuesta se reduce á una probabilidad.

»Mucho se han combatido las teorias de Broussais. ¡Cuánto no se ha dicho y escrito contra las exorbitantes pretensiones de un hombre que queria reducirnos á la gastro-enteritis! Razon se ha tenido sin duda; pero no se ha conocido que se caia precisamente en los mismos defectos que se reprobaban con tanta energía. Ya no es la gastro-enteritis, que de hecho ha dejado de existir, sino la lesion de las chapas de Peyero, la que se quiere encontrar en todos los casos; llegando en fin á incluir en la fiebre tifoidea el tifus y todas las fiebres con síntomas graves, la púrpura, etc. Ignoramos verdaderamente si se ha ganado mucho en sustituir la fiebre tifoidea á la gastro-enteritis, no ya con respecto á la lesion, cuya naturaleza está bien determinada, gracias á los notables trabajos que se han publicado sobre esta materia; sino con relacion á la influencia que esta sustitucion puede tener sobre el conocimiento de la naturaleza real de la afeccion, y de los medios terapéuticos propios para combatirla.

»Reconocemos gustosos que los hombres que han publicado algunos trabajos sobre la fiebre tifoidea, han hecho un verdadero servicio á la ciencia, sobre todo demostrando el error en que habia caido Broussais, y probando que la mayor parte de las pretendidas fiebres esenciales no son mas que formas de esta enfermedad; pero tambien diremos, que tal vez no se ha enriquecido la piretologia por este descubrimiento tanto como al parecer se habia creido. En la actualidad estamos en una falsa seguridad con la palabra fiebre tifoidea; y cuando en vista de un estado febril poco ostensible ó difícil de localizar, se ha llegado á pronunciar la palabra sacramental fiebre tifoidea, se cree ya haberlo dicho todo, y se somete al enfermo al uso de un purgante, de una simple tisana refrigerante, ó bien se le sangra, segun las circunstancias.

»Debemos indicar ahora una nueva tendencia que se manifiesta en los ánimos, y que parece debe conducirnos á descubrimientos importantes en piretologia. Esta tendencia es la que impele á los médicos á estudiar las alteraciones humorales y en particular las de la sangre. Ya hemos dado á conocer en otra parte de este artículo los importantes resultados que se han obtenido; y añadiremos, que en este nuevo camino conviene entrar necesariamente, si se quiere conocer á fondo ciertos estados piréticos. ¿Por qué no hemos de dedicarnos al estudio físico, químico y microscópico de la sangre y demas humores? ¿Acaso porque hasta ahora se han contentado los médicos con buscar las alteraciones en los sólidos? Pero este es precisamente un error que debemos apresurarnos á reparar.

»No terminaremos este artículo sin citar algunos escritos que nos han sido útiles. El artículo Fiebre de Coutanceau y Rayer (*Dict. de médec.*, 1.ª edic., enero, 1828) contiene una esposicion crítica bien hecha de los principales trabajos que se han publicado acerca del particular. La forma de este artículo es algo anticuada; pero es preciso trasladarse á la época en que se escribió. Importaba entonces demostrar evidentemente que eran incompletas y falsas las historias de las fiebres, recogidas y publicadas por los piretólogos antiguos, y esto es lo que hicieron los autores. Ademas probaron tambien cuán débiles eran las descripciones de Pinel. Hemos tomado algunos datos preciosos del artículo Fiebre de Littre, que está casi reducido á una corta historia, en que las obras antiguas ocupan un lugar importante (*Diction. de méd.*, 2.ª edic.). Hubiéramos querido hacer mérito especial de las sábias observaciones de este médico sobre la determinacion precisa de las fiebres que se designan en la coleccion hipocrá

tica, y particularmente sobre la identidad que existe entre las calenturas remitentes y seudo-continuas de los paises cálidos, y la fiebre de que Hipócrates ha referido algunas observaciones en sus epidemias (Littre, *Œuvres complètes d'Hipocrate*, trad. nueva, argum. *des epidemies*, t. II, passim. en 8.º; Paris, 1840): hubiera sido curioso establecer cierta concordancia entre las pirexias de los diferentes paises; pero esto corresponde mas naturalmente á otra parte de nuestra obra (V. Fiebre Tifoidea).» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. IV, p. 23-56.)

CAPITULO II.

DE LAS FIEBRES COMUNMENTE ADMITIDAS POR LAS ESCUELAS ANTIGUAS.

ARTICULO PRIMERO.

De la calentura angioténica.

»Etimologia.—El nombre de esta fiebre se deriva de αγγειον, vaso, y τεινω yo estiro. Consiste en la frecuencia de los movimientos del corazon, en la escitacion de las arterias y en la abundancia de la sangre y principalmente de sus partes fibrosa y colorante.

»Se la ha llamado tambien *Angiopyria* (de αγγειον, vaso y πυρ, πυρος, fuego, inflamacion de los vasos) fiebre inflamatoria. Pinel fue el primero que usó esta espresion (*Nosog. Philos.*), para designar el grupo de síntomas que constituye la enfermedad conocida y descrita ya por los antiguos con los nombres de *sinoca no pútrida* (Galeno), de *sinoca simple* (Hoffmann), de *fiebre inflamatoria* (Stoll), *ardiente*, *efémera*, *continua*, etc. Pinel, cuya principal gloria fue la de someter á una análisis rigurosa la historia de las enfermedades, se creyó obligado á hacer una clase aparte de estas fiebres que no pudo localizar. Aunque disminuyó notablemente el número de las fiebres esenciales, creia sin embargo que no todos los estados febriles podian referirse á lesiones de los órganos, y creó para aquellos cuyo origen no habia podido descubrir, una clase separada con el nombre de *fiebre angioténica*. Leyendo detenidamente todo lo relativo á este primer órden de fiebres, se ve que Pinel, al describir las calenturas esenciales, estaba dominado por su grande idea de localizar las enfermedades; porque llega á decir que en la fiebre angioténica «hay una irritacion que se fija principalmente en la túnica de los vasos sanguíneos» *(loc. cit.*, vol. 1, 1.ª edic., p. 9).

»Mas adelante Bouillaud ha creido deber referirla á una inflamacion de la membrana interna del corazon ó de los vasos mayores (angiocarditis). Este punto importante de medicina general le hemos discutido ya al tratar de la endocarditis, la arteritis, y sobre todo en el capítulo antecedente; y solo añadiremos en este lugar, que muchos médicos conservan aun la fiebre inflamatoria, pero señalándole una causa local, y refiriéndola ora á la inflamacion de los intestinos (Broussais, *Leçons de thér. gén.*, t. I, pág. 575), ora á la irritacion de las membranas del corazon y de los vasos mayores, ora en fin á una causa general como la plétora. Los síntomas que asigna Pinel á esta fiebre son: lengua blanquecina ó roja, mucha sed, anorexia, estreñimiento ó evacuaciones alvinas escasas; pulso lleno, fuerte, duro y frecuente, latidos de las arterias carótidas y temporales, hemorragias nasales ó uterinas, rubicundez de la periferia cutánea y sobre todo de la cara, calor halituoso suave al tacto, sudores habituales, orinas encendidas y despues sedimentosas, aumento de la sensibilidad, cefalalgia, vértigos, delirio, sueño agitado, ojos brillantes, pesadez, laxitud y entorpecimiento de los miembros. La fiebre inflamatoria es continua, y termina en pocos dias por hemorragias, evacuaciones alvinas ó erupciones cutáneas, etc., y puede afectar tambien la forma intermitente. Bástenos haber indicado los principales rasgos que la distinguen segun Pinel; puesto que es indudable que estos síntomas pueden depender de causas muy diferentes y manifestarse siempre que se estimulan los centros nerviosos por el aflujo de una gran cantidad de sangre (véase fiebre en general, arteritis, endocarditis).» (Mon. y Fl., *Compendium*, etc., t. I, p. 172.)

ARTICULO SEGUNDO.

De la calentura biliosa.

»La denominacion de fiebre biliosa, adoptada por los médicos antiguos, les sirvió para designar las fiebres que creian causadas por la bilis.

»Sinonimia.—*Leipyria*, *synocho bilioso*, *fiebre sinoca*, *gástrica*, *fiebre colérica de los antiguos; fiebres mesentéricas*, de Fernel y Baglivio; *estomáquicas é intestinales*, de Heister; *intestinales y atrabiliosas*, de Reidel; *estercorales*, de Quesnay; *biliosas ó pútridas simples*, de Pringle y de Tissot; *gastro-enteritis y gastritis*, de Broussais; algunas veces tambien *fiebre tifoidea*, *assoda*, *lipyria*, *lingoda*, *fiebre ardiente* ó *causus*, *simple* ó *ardiente*: estos últimos nombres se han dado tambien á algunos otros géneros de fiebres. *Febris biliosa*, *synochus biliosus*, *febris gastrica*, *leipyriæ*, *febris mesenterica*, de Baglivio.

»Division.—Dando una ojeada á la sinonimia que hemos colocado al frente de este artículo, es fácil conocer que las teorias médicas han hecho sufrir numerosas trasformaciones á la fiebre biliosa, tal como la comprendian los antiguos. Quédese para la historia de la medicina la esposicion de las doctrinas que han producido cambios tan notables, y la narracion de las luchas científicas que han tenido por resultado el destruir la esencialidad de las fiebres, y en particular de las biliosas. En cuanto á nosotros, la

tarea que vamos á emprender es del todo diferente; consistirá en describir el estado patológico que han designado los médicos con el nombre de *fiebre biliosa*; en indagar si conviene colocar su causa en una alteracion primitiva de los sólidos ó de los líquidos, y por último en decidir si deberá borrarse de los cuadros nosológicos, y en el caso contrario, qué significacion es la que debe darse á esta palabra. No haremos mas que esponer los hechos: al lector toca juzgar si las doctrinas fundadas sobre la interpretacion de los mismos, son verdaderas ó erróneas.

»Trazar una descripcion general de las enfermedades que se han comprendido en los tiempos antiguos y modernos con el nombre de *fiebre biliosa*, seria formar un cuadro monstruoso, en el que se encontrarian confusamente amontonados los síntomas de las mas variadas afecciones. Asi, pues, solo transcribiremos la historia de algunas de las epidemias de fiebres biliosas que contienen los autores. «No hay materiales con que trazar con seguridad los caractéres de la afeccion; de modo que se le puedan atribuir sin dificultad y como simples variedades, las formas mas ó menos divergentes del tipo principal» (Littré, Fiebre biliosa, *Dict. de méd.*).

»Historia.—«Puede citarse, dice Pinel, como un raro modelo de confusion y de docta oscuridad, la historia de las fiebres llamadas *biliosas*, tomada de la inmensa multitud de tratados generales de medicina ó de las obras de nosologia. Sus descripciones generales y las denominaciones que han recibido son igualmente propias para inducir á error. Vana redundancia de esplicaciones galénicas, fastidiosas teorias, fundadas en la bilis, la saburra y las suciedades gástricas, puestas en juego sucesivamente; ó bien prevencion contraria y obstinacion de no ver en todas partes como le sucede á Dehaen, sino fiebres pútridas ó inflamatorias....» (Pinel, *Nosograph. philos.*, t. I, p. 41). Estas consideraciones, que colocó Pinel al frente de su segundo órden de fiebres, prueban las muchas dificultades de que está rodeada la determinacion de la naturaleza de las afecciones biliosas. Dando una ojeada al cuadro de los géneros y especies admitidas por Sauvages, es fácil convencerse de la profunda oscuridad que reina respecto de los caractéres de esta fiebre.

»Los antiguos, poco adelantados en el estudio de las alteraciones patológicas, pero deseosos de esplicar los fenómenos morbosos de la fiebre biliosa, se vieron en la necesidad de crear una teoria completamente humoral, de la que puede considerarse á Galeno como fundador. Los árabes y los galenistas de la edad media la conservaron religiosamente, y si añadieron alguna cosa, solo fué para aumentar todavia las numerosas sutilezas de semejante doctrina. En estas diversas épocas se creia, que la fiebre biliosa, anunciada por el color amarillento de la piel y de las escleróticas, por el barniz mucoso que cubre la lengua, el amargor de boca y por evacuaciones abundantes de bilis, ya por vómito ó ya por cámaras, dependia de una alteracion acaecida en la cantidad, en las cualidades, o bien en el curso de la bilis. Siempre que se encontraban estos síntomas coexistiendo con fiebre, se caracterizaba la afeccion de fiebre biliosa.

»Los árabes y los galenistas, admitiendo esta enfermedad por la observacion de síntomas que veian reproducirse á menudo, y que iban acompañados muchas veces de un movimiento febril muy pronunciado, atribuyeron todos los accidentes y aun la misma fiebre á las depravaciones de la bilis. No conociendo las alteraciones patológicas del tubo digestivo y los diversos grados de irritacion de que puede ser asiento su membrana mucosa, no podian interpretar los hechos de otra manera. No debemos, pues, estrañar que siguieran un camino que era el único posible en aquella época.

»Desde principios del siglo XVIII, disgustados los médicos de todas las teorias que habian reinado una despues de otra, se entregaron con afan á la simple observacion de los hechos. Esta direccion filosófica que se encuentra en todos los escritos de este siglo, rectificó mucho las ideas sobre el origen y la naturaleza de las fiebres biliosas. Sydenham formó sobre esta enfermedad, que complicó las epidemias de 1669 y 1670, un juicio mas sano que sus antecesores, considerando los derrames de bilis como una circunstancia accidental, que podia encontrarse en afecciones de caracter muy variado. Esta observacion era de la mayor importancia, y debia por lo tanto influir poderosamente en los progresos ulteriores de la historia nosológica de la afeccion que nos ocupa. En efecto, si los síntomas biliosos pueden manifestarse en diferentes circunstancias patológicas, preciso es concluir, que son efectos de lesiones diferentes de las causadas por la bilis; ó en otros términos: que la aparicion de los fenómenos biliosos es una complicacion accidental de enfermedades, que no tienen conexion alguna con las depravaciones de la bilis. Estas importantes consideraciones, vislumbradas por Sydenham, no se pusieron en evidencia hasta el momento en que el solidismo moderno remplazó definitivamente al humorismo.

»Las ideas de Sydenham sobre la complicacion biliosa de las enfermedades eran bastante esactas. Sthal comprendió tambien que no siempre debia buscarse en la bilis la causa de los desórdenes (Haller, *Diss. prat.*, vol. V, página 153). Desgraciadamente esta tendencia á cercenar el número de las fiebres biliosas, se detuvo un instante en razon de la frecuencia de las epidemias que presentaban este caracter. En ninguna época se ha visto reinar mas á menudo la constitucion biliosa, que durante el siglo XVIII; y esta circunstancia puede esplicar la exageracion de ciertos autores, que no veian

en todas partes sino complicaciones biliosas. Entre estos médicos se encuentran Huxham (*Opera phisico-medica*) y Juan de Koker, que sostuvieron que la bilis provocaba la mayor parte de las enfermedades agudas y crónicas; y J. B. Bianchi, que en su *Historia del hígado* fijó principalmente la atencion en los fenómenos biliosos (*Historia hepática*).

»Es preciso llegar hasta Selle y Stoll, para ver á la fiebre biliosa considerada bajo un aspecto mas cercano á la verdad. Aunque Selle estuviera poco dispuesto á admitir el solidismo que se iba á la sazon estableciendo con detrimento del humorismo, por efecto del vigoroso impulso que le habia dado el célebre Haller, se inclinó sin embargo á no mirar ya solamente la fiebre como una afeccion general á la manera de los antiguos; sino á buscar en una lesion local del estómago, de los intestinos ó del hígado, la razon suficiente del movimiento febril (*Rudimenta pyretologiæ meth.*, ed. en 8.°, 1789, 212): este fué verdaderamente un principio de localizacion. La atencion se fijó poco á poco, no solamente sobre el hígado, órgano de la secrecion biliaria; sino tambien sobre el estómago, el duodeno y los intestinos, en los cuales va á depositarse la bilis. C. G. Selle reconoció casi por única causa de las fiebres remitentes, un trabajo humoral que se efectuaba en el estómago: el biliosismo fué perdiendo terreno y le remplazó el gastricismo (Broussais, *Examen des doct.*, t. II, p. 188).

»Maximiliano Stoll siguió la misma senda. Este autor admitia la existencia de la fiebre biliosa, siempre que la bilis aumentaba en cantidad y ofrecia cualidades irritantes. Distínguese sobre todo su doctrina de la de los autores que le habian precedido, en la suposicion que hace de que puede la bilis trasladarse á diferentes vísceras determinando varios accidentes: en la cabeza delirio, convulsiones y aun apoplegias; en el pecho inflamaciones y hemotisis; en el vientre cólicos, disentérias, etc. (*Aphoris. de cognoscendis et curandis febribus*).

»A pesar de la estremada importancia que concede Stoll al infarto bilioso, se le ve no obstante prestar escrupulosa atencion al padecimiento de los órganos durante el curso de la fiebre. No se le escapan las alteraciones del tubo intestinal, del hígado y del cerebro, que tan frecuentes son; pero ofuscado por las teorias humorales, quiere esplicar los desórdenes que aparecen á su vista por la fijacion de la materia biliosa sobre tal ó cual órgano. Mucho se hubiera acercado á la verdad, si se hubiera limitado á reconocer, que en gran número de casos las alteraciones que presenciaba dependian de una lesion orgánica local. Asi, pues, aunque no podemos menos de confesar «que concedió á la saburra biliosa, sino una accion demasiado exagerada, por lo menos una influencia poderosa» (Pinel, *ob. cit.*, p. 77); es preciso no desconocer los servicios que prestó trabajando á favor de la localizacion, aunque de una manera indirecta.

»Dehaen adoptó ideas completamente opuestas á las de Stoll; y como si las teorias médicas debieran corregirse mútuamente, cayó en un estremo opuesto, rehusando á la bilis el papel que se le hacia representar en las enfermedades, para dárselo á la inflamacion y á la putridez: las fiebres pútrida é inflamatoria ocuparon un lugar distinguido en la doctrina del célebre discípulo de Boerhaave.

»Disgustado Pinel del humorismo antiguo, y continuando la reforma médica que habia empezado, conoció bien pronto que la supersecrecion biliosa no era mas que el resultado de la irritacion de la membrana interna del tubo digestivo: «Todo parece indicar, dice el célebre nosógrafo, que el sitio principal de las enfermedades de este órden está en el conducto alimenticio, especialmente en el estómago y en el duodeno, no menos que en los órganos secretorios de la bilis y del jugo pancreático. Asi lo demuestran los infartos gástricos y el cólera morbo, como tambien la fiebre gástrica continua ó remitente, que tantas veces se complica con saburra alta ó baja, y que aun cuando exista independientemente de estas afecciones, ofrece siempre una sensibilidad viva en el epigastrio, ardor en el abdomen, sed intensa, y un estreñimiento tenaz ó bien diarrea. Pero ¿qué conexion tienen las causas ocasionales físicas ó morales con este aumento de irritacion febril en el estómago, en el duodeno, ó en los conductos ó reservorios biliarios ó pancreáticos? El papel que los humores segregados representan en estas enfermedades, es primitivo ó secundario?... Cuál es el motor primitivo de la aceleracion del pulso, de la cefalalgia, etc..? Los hechos se manifiestan á los sentidos; pero la causa nos es y será sin duda largo tiempo desconocida» (*Nosog. phil.*, t. II, p. 86).

»Este pasage acredita los progresos que habia hecho ya la localizacion en el ánimo de Pinel; tanto que le movieron á fijar el asiento de los síntomas biliosos en el estómago, en el duodeno, en el hígado y en sus conductos. Pero no determina en manera alguna la naturaleza de la enfermedad. Hay mas: por una contradiccion que prueba cuán grande es el poder de las espresiones falsas arraigadas en el lenguage científico, la fiebre biliosa, aunque ya positivamente local, no deja de ser á sus ojos esencial, es decir, no local.

»En fin, Broussais trastorna enteramente las opiniones médicas acreditadas sobre las fiebres biliosas, considerándolas como efecto de una flegmasia gastro-intestinal con supersecrecion de bilis. El flujo biliario es una circunstancia debida á la constitucion individual, al temperamento, á la estacion y al régimen anterior. Tomamos del *Curso de patologia y terapéutica generales* las últimas ideas que emitió Broussais sobre este punto importante de medicina. «Generalmente es al principio de la fleg-

masia gástrica, cuando afluye la bilis al estómago; de donde es arrojada al esterior por el vómito, ó bien atraida á los intestinos, los irrita y da lugar á deposiciones biliosas. Si no se trata de combatir la inflamacion, esta continúa su curso; pero la secrecion biliaria cambia y aun cesa enteramente. Tambien puede depender de una irritacion que tenga su asiento en el duodeno y en el hígado: si se consigue destruir la inflamacion, deja de segregarse en esceso la bilis.» La existencia de la irritacion de la mucosa intestinal se revela, segun Broussais, por todos los síntomas que se han referido á la fiebre biliosa, y que segun él no pueden menos de atribuirse á la flegmasia de las membranas; tales son: la inapetencia, las náuseas, los vómitos, la diarrea, la incomodidad y el peso epigástricos. Comprueban tambien al parecer la presencia de esta irritacion, las sustancias indigestas, el calor considerable, la necesidad de una dieta severa, los buenos efectos de la aplicacion de sanguijuelas al epigastrio y de un régimen refrigerante, la rapidez de la convalecencia, y últimamente, la circunstancia de recobrar los enfermos una perfecta salud (Broussais, *Cours. de pathologie et de thérapéutique génér.*, t. I, p. 577 y sig.; véase tambien *Examen de doctr.*, t. III, página 443 y *passim*, las proposiciones CCLXXVIII y CCLXXIX). La doctrina de Broussais tiene hoy no pocos partidarios. Los que todavia admiten un estado bilioso y una fiebre de la misma naturaleza, pretenden que, aunque se los considere como efectos de otra enfermedad, no por eso dejan de reclamar un tratamiento especial. Asi pues, tiene este síntoma para algunos médicos el valor de una enfermedad, y exige el uso de medicamentos particulares.

»Al hacer la sucinta esposicion de las opiniones médicas que han reinado acerca de las fiebres biliosas, ha sido especialmente nuestra intencion, demostrar la manera como se ha considerado esta afeccion en los tiempos antiguos y modernos; y bosquejando este cuadro á grandes trazos hemos visto, que la denominacion de fiebre biliosa, incierta al principio, ó al menos poco significativa en la escuela de los árabes y galenistas de la edad media, se habia hecho mas precisa en las obras de Sydenham, y sobre todo en las de Stoll y de Selle. Estos dos últimos autores, considerando aun la afeccion biliosa como un estado general, trabajaron sin embargo en favor de la localizacion, haciendo intervenir en sus teorias la estancacion del humor bilioso en el estómago y en el duodeno.

»La tercera fase de las teorias biliosas, y la mas brillante de todas, fué la de Pinel, que atribuyó esta enfermedad á una lesion del estómago, del duodeno y del aparato biliario. La última época se halla representada por la doctrina de Broussais, que, destruyendo la esencialidad de estas fiebres conservada por Pinel, las consideró como un efecto de la flegmasia gastro-intestinal.

»Para dar á conocer los síntomas, el curso, y la fisonomía particular de la fiebre biliosa, creemos útil hacer una descripcion sucinta de las epidemias observadas por Tissot, Fincke y Stoll. Por la lectura de estos autores, cuyas obras se han hecho clásicas, se podrá formar una idea precisa de la enfermedad, y figurarse fácilmente los demas grados que puede presentar.

»Descripcion de la fiebre biliosa, epidémica de Lausana.—La enfermedad no atacaba con la misma violencia á todos los individuos. Bajo este punto de vista divide Tissot los enfermos en tres clases, que demuestran bastante bien los diferentes grados de intensidad que puede adquirir la fiebre. En los individuos de la primera clase se observaban una debilidad y laxitud estremadas, aversion á los alimentos, una sensacion continua de frio que obligaba á los pacientes á buscar el fuego, insomnio y tendencia al sopor, cubriéndose la lengua de una capa espesa, súcia y de un blanco amarillento. Tres ó cuatro dias despues de la aparicion de estos síntomas y algunas veces mas tarde, sobrevenia hácia el anochecer un escalofrio, que duraba una ó muchas horas, sustituyéndole un calor moderado y sin embargo muy penoso para el enfermo, cuya piel ácre y quemante producia en la mano del médico una sensacion desagradable. Este calor se prolongaba muchas veces hasta la mañana, y cesaba sin evacuacion alguna sensible, aunque algunas veces iba seguido de un sudor poco abundante que no producia ningun alivio. La mayor parte de los enfermos se quejaban de dolores de cabeza en el momento de los paroxismos; la respiracion era siempre normal. El pulso, que en los primeros dias estaba casi natural y solamente un poco débil, se hacia pequeño durante el escalofrio, y acelerado, frecuente y reconcentrado, mientras duraba el calor: no latia mas de cien veces por minuto. Pasado ya el paroxismo, los enfermos quedaban sin fuerza y sin ánimo, incapaces de entregarse á sus ocupaciones ordinarias, y se arrastraban con trabajo desde la cama á la chimenea. El paroxismo se repetia todos los dias, pero en horas diferentes y con diversos grados de intension; en muchos enfermos se observaba al mediodia; en otros solo se anunciaba entonces la exacerbacion por una ansiedad y debilidad, que se aumentaban por la tarde. Los viejos, y particularmente las mujeres de edad avanzada, se quejaban únicamente de inapetencia, de debilidad y de insomnio. En algunos enfermos existia dolor epigástrico, y ninguno recobraba la salud sino al cabo de muchas semanas. Al principio de la afeccion gástrica se hallaba el vientre estreñido, pero se soltaba hácia el fin: la orina era pálida durante la apirexia y mas tarde se hacia sedimentosa. Esta clase de enfermos se componia de niños, mujeres y viejos, y rara vez de adultos.

»En la segunda forma de la fiebre gástrica,

se distinguian poco los primeros síntomas de los que pertenecen á la anterior; pero al cabo de pocos dias se manifestaban con mas violencia: la debilidad hacia progresos rápidos; á la inapetencia sucedian algunas náuseas y vómitos, aunque raros; el calor se hacia vivo y los paroxismos mas notables; los escalofríos, siempre poco notables, no tardaban en desaparecer; pero al mismo tiempo se aumentaba el calor hácia la tarde, el pulso se elevaba hasta dar ciento diez y seis pulsaciones, y la cefalalgia se hacia de las mas intensas: al cabo de tres ó cuatro horas sobrevenia la remision de la fiebre, sin que por eso se manifestase el sudor. Por lo demas la traspiracion se conservaba en el mismo grado durante el curso de la enfermedad, que despues de su desaparicion; y cuando era abundante, se hacia mas grave el paroxismo. La apirexia nunca era completa, siendo este el caracter esencial que distinguia esta segunda forma de la primera. La orina era poco abundante, clara, y de un color rojizo; la lengua estaba seca y cubierta de un moco amarillento; el sueño era nulo ó agitado, y la sed mucho mas viva que en el primer estado de la enfermedad, no siendo proporcionada á la intension del calor. Un tratamiento inoportuno convertia muy luego esta segunda forma en la tercera.

»Esta tenia un aspecto diferente de las dos anteriores. El sétimo ú octavo dia se agravaban todos los síntomas; y los enfermos, que no ofrecian la tarde antes mas que una fiebre mediana, presentaban al siguiente dia un pulso frecuente y acelerado, un poco de delirio y meteorismo. En esta forma no era ya regular la aparicion de los accesos febriles; los cuales sobrevenian á todas horas. Era tal la frecuencia de los latidos de la arteria, que apenas se podian contar. Al mismo tiempo se observaban saltos de tendones, una ansiedad y agitacion continuas, convulsiones de los ojos, y un delirio furioso ó tranquilo, locuaz ó taciturno. Entonces el enfermo no tenia conciencia de su estado; el meteorismo iba aumentando cada vez mas; la respiracion se hacia corta; las evacuaciones eran irregulares, líquidas, colicuativas, algunas veces biliosas, circunstancia que se consideraba como favorable; y otras blancas y espumosas, lo que hacia temer una terminacion fatal. Cuando se presentaba la diarrea desde el principio, no era menos grave la enfermedad; las orinas variaban, siendo unas veces abundantes, trasparentes y blanquecinas, y otras turbias, rojas y espesas, ocupando siempre la *nubécula* la parte superior del líquido: las evacuaciones ventrales eran involuntarias. Entre otros síntomas se notó tambien la aparicion de petequias, que iban constantemente seguidas de la muerte. Las hemorragias eran raras, pero siempre peligrosas; la sed nula; la lengua estaba seca, negra y temblona; la voz penetrante; y los enfermos agitados por un temblor general y atacados de carfologia, perecian en medio de una angustia y de una agitacion violentas. En ocasiones era insidioso el curso del mal; se presentaban síntomas al parecer ligeros, que disimulaban la gravedad de la afeccion; pero entonces se revelaba el peligro por la frecuencia de pulso, el temblor general, la alteracion del rostro y la carfologia (*Disertatio de febribus biliosis seu histor. epidem. bilios.*, *Lausan.*, páginas 4-14; *Lausannæ*, 1758).

»La epidemia de Lausana, cuya historia acabamos de trazar, segun Tissot, presenta un cuadro fiel y completo de los síntomas de la fiebre gástrica ó biliosa, que reinó desde principios de junio hasta fines de octubre de 1755. Se presentó tambien en el invierno, que fué templado y lluvioso, y aun se prolongó hasta el estio, pero de un modo esporádico. Tissot atribuye la enfermedad á un humor pútrido, bilioso, alcalescente, que irritaba el estómago, el duodeno, los intestinos gruesos, el hígado, la vesícula biliaria y las demas partes del abdomen. De sentir es que la autopsia no haya permitido reconocer la naturaleza de la lesion; pues la única inspeccion cadavérica que se hizo por Dapples no pudo dar luz alguna sobre la naturaleza del mal, porque no se examinaron los intestinos (Tissot, ob. cit., pág. 22). Sin embargo, el conjunto de los síntomas induce á creer que la forma mas simple de la fiebre biliosa no era mas que un infarto gástrico, y que las demas formas deben considerarse como otros tantos grados de una flegmasia gastro-intestinal. Pinel hace notar, que el meteorismo de vientre, los saltos de tendones, las ansiedades, la pérdida del conocimiento, las deyecciones involuntarias, la erupcion de petequias, y la sequedad el color negro y el temblor de la lengua, son síntomas que indican una fiebre pútrida (*Nosog. phil.*, p. 51, v. 1).

»Epidemia de fiebres biliosas anómalas de Tecklemburgo.—La enfermedad se anunciaba mucho tiempo antes por los síntomas siguientes: dolor en los miembros, que se aumentaba hácia la noche; laxitudes espontáneas; sensacion de hormigueo en los músculos; pulsaciones en la region precordial; cefalalgia ligera y á veces intensa, que ocupaba la frente y el vértice de la cabeza; peso epigástrico ó cardialgia; dolor en los hipocondrios simulando al de la hepatitis ó al de la pleuresia; eructos nidorosos y continuos; lengua blanca ó amarillenta, cubierta de un barniz mas ó menos espeso; anorexia, náuseas y vómitos; algunas veces depravacion del apetito; estreñimiento ó diarrea; orinas pálidas; pulso débil y mas frecuente que en el estado normal; agitacion durante la noche é interrupcion del sueño por una ansiedad súbita; en algunos enfermos, una tos ligera al principiar la noche; rostro sucesivamente pálido ó rojo, sobre todo en las mujeres; y supresion de los menstruos.

»Este primer estadio duraba algunas veces mucho tiempo, y podia terminar de tres diferentes maneras: ora lo remplazaba un segundo

estadio que vamos á describir; ora una fiebre biliosa anómala; ora en fin, una convalecencia muy larga y dudosa (L. Finke, *De morbis biliosis anomalis*, p. 18-21).

»*Segundo estadio.*—El terror, la cólera, toda emocion un poco viva, el enfriamiento del cuerpo, el uso intempestivo de los purgantes, las sangrias inoportunas, y la erupcion de las reglas, determinaban muchas veces la aparicion de la fiebre; la cual se presentaba tambien á menudo sin que pudiera descubrirse su causa. Se notaban alternativas de frio y de calor, el cual tenia su asiento en el dorso, en la cara y en las megillas; la traspiracion era poco abundante, casi nula al principio, parcial ó general, pero nada crítica; se aumentaban la diarrea ó el estreñimiento. Al mismo tiempo se exasperaban los síntomas gástricos; se advertia repugnancia pronunciada á todos los alimentos, y sobre todo á las carnes; esfuerzos de vómito proporcionados á la opresion precordial; noches agitadas; sueños espantosos; sed viva; deseo de bebidas frias, y pulso ya débil, ya frecuente, y aun imperceptible en los hombres mas robustos. Cuando persistia el estreñimiento, los dolores del dorso y de los miembros se hacian mas vivos, y se exacerbaban los demas síntomas; viéndose entonces aparecer la ansiedad, la soñolencia, el delirio, la sordera, la sequedad de la lengua, cuyo órgano se cubria de un color amarillo ó negruzco, que se propagaba muchas veces á los labios y dientes. La diarrea disminuia al parecer lós dolores dorsales y algunos otros síntomas. Los signos que hacian temer la muerte eran: los vómitos, la diarrea colicuativa, las cámaras sanguinolentas ó purulentas, el meteorismo, el coma, el delirio, las convulsiones tetánicas, la contraccion de las paredes abdominales, el temblor y el color negro de la lengua, las aftas, los sudores frios, la intermitencia de pulso y la cara hipocrática. Podíase esperar por el contrario una terminacion favorable, cuando á beneficio del emético se espelian materias verdes biliosas; cuando los escrementos tomaban su consistencia habitual y se limpiaba la lengua, etc. (Finke, *loc. cit.*, p. 21-37).

»*Tercer estadio.*—Los síntomas propios de este período de la afeccion eran: sensacion de peso y latidos en la region del corazon; dolor situado en la parte del hipocondrio á donde corresponde la vejiga de la hiel, apetito nulo ó exagerado; evacuaciones ventrales escasas y negras; demacracion, y lengua cubierta únicamente en su base de una capa tenaz y viscosa. Dificilmente llegaba á establecerse la convalecencia; y si no se cuidaba mucho á los enfermos, corrian peligro de sucumbir en muy poco tiempo, como puede verse en las observaciones referidas por Finke (obr. cit., página 29-45).

»DESCRIPCION DE LA FIEBRE BILIOSA SEGUN STOLL.—Reina todos los años en la fuerza del estio, y ocupa el primer lugar entre las fiebres ánuas en razon de su frecuencia: toma el curso de una fiebre continua remitente, cuotidiana, ó de terciana simple ó doble, cuyos accesos terminan comunmente por vómitos, diarrea, sudores abundantes, ó por orinas biliosas, jumentosas, copiosas é hipostáticas.

»Cuando es simple la fiebre biliosa empieza por un escalofrío, seguido de calor; por cefalalgia y una sensacion de ardor vivo en la cabeza, á lo cual se agrega un dolor en el dorso y en los lomos; el pulso es lleno y acelerado; los ojos se presentan rojos y de un color amarillo ó verdoso ligero; hay sudor de la cara y de toda la cabeza; rubicundez intensa de las megillas con coloracion amarillenta del contorno de los labios y de las alas de la nariz; lengua amarilla; saliva insípida, amarga y dulzaina; sequedad de los labios; depravacion del apetito, que hace encontrar amargos los alimentos; saliva blanquecina y espumosa, semejante á una disolucion de jabon; esputos de una materia pegajosa de color de yerba ó verdosos; anorexia; eructos amargos, quemantes, austeros, insípidos y acompañados de náuseas; arcadas y vómitos de materias porráceas, eruginosas, semejantes á la yema de huevo, que queman la garganta, producen dentera y tienen un sabor acerbo y metálico; ansiedad, sensacion de plenitud en la region precordial; inquietud; deseos de bebidas acuosas, frias, acídulas y de un aire fresco y agitado, que calma por un momento el dolor de cabeza y el calor; sudores olorosos y abundantes; materias fecales amarillentas, lo mismo que se observan despues de la administracion del ruibarbo, de un olor fétido, poco abundantes y flatulentas; orinas desde el principio amarillas, azafranadas, espumosas y crasas. La sangre estraida de la vena es de un color rojo vivo, y presenta una costra inflamatoria de un color amarillo intenso; el suero es verdoso y amargo; y algunas veces, aunque raras, se presentan petequias lenticulares, sarampionosas, granos rojos, carbuncos, bubones, etc.

»Hay pocas fiebres cuya fisonomía sea mas variable; pues cambia de caracter en los diferentes años y hasta en una misma constitucion reinante (Stoll, *Aphorismes sur la connaissance et la curation des fièvres*, p. 235; 1797). El humor biliforme que circula por los vasos puede encontrar un obstáculo en su curso y depositarse en diferentes órganos, determinando por ejemplo: en el cerebro delirio, apoplegia, frenesí y convulsiones; en la garganta anginas; en el pecho tos, pleuresia, neumonia, etc.; en el bajo vientre vómitos, cólera, disenteria y cólicos; en las articulaciones reumatismo y gota, etc.; de donde han procedido las denominaciones de frenesí, pleuresia, neumonia, *biliosas*, aplicadas á todas las enfermedades que Stoll creia causadas por la bilis, y que los médicos de nuestra época consideran generalmente como complicaciones de la flegmasia gastro-hepática.

»Stoll daba el nombre de *fiebre biliosa* con *metastasis* ó *depósito*, á la que causaba los desórdenes locales de que acabamos de hablar; y el de *fiebre biliosa universal* á la en que no se depositaba la bilis en los órganos. Tambien admitia otra division de esta enfermedad: podia ser *simple*, *pura*, *sin mezcla*, ó *complicada* con otra afeccion febril ó infebril. Una de sus complicaciones mas frecuentes es la fiebre inflamatoria al principio de la epidemia, y la pituitosa al final (Stoll, *loc. cit.*, p. 239).

»Puede terminar por la muerte, por la salud ó bien por otras enfermedades. No tarda en restablecerse la salud, cuando la saburra biliforme es poco copiosa, ó se espele por el vómito, por cámaras, por la orina ó por el sudor, ó aun tambien por medio de una hemorragia nasal, hemorroidal ó uterina, por erupciones miliares, por una salivacion ó por aftas. La fiebre biliosa se convierte algunas veces en biliosa-inflamatoria, ardiente, biliosa-pútrida, ó pútrida, cuando siendo mas acre y abundante la materia biliforme, y estando mas íntimamente mezclada con la sangre, no es espelida al esterior: tambien puede degenerar en fiebre intermitente, en una languidez crónica, en caquexia biliosa, en gota de larga duracion, etc. (Stoll, *loc. cit.*, p 240-243).

»Dando una ojeada á las diferentes formas de fiebres descritas por Tissot, Finke y Stoll, y á la epidemia biliosa de Bicêtre, referida por Pinel en su *Nosographie*, que pasamos en silencio porque ofrece la mayor analogia con las otras; no podemos menos de reconocer dos elementos principales en estas afecciones: la inflamacion violenta del tubo digestivo, y una irritacion trasmitida al hígado y á sus conductos escretorios. Ademas vemos en la forma mas leve y en el primer grado de esta afeccion, los síntomas del estado patológico que se ha designado con el nombre de *infarto gástrico*. Se ha preguntado si la fiebre biliosa era debida al paso de la bilis al torrente circulatorio, ó á la irritacion de la mucosa del tubo digestivo, ocasionada por este líquido segregado en mayor cantidad, ó alterado en sus cualidades. Los autores que atribuyen á la bilis una gran parte en el desarrollo de los accidentes, reconocen sí la inflamacion del tubo digestivo; pero la consideran como consecutiva al flujo bilioso, que por su naturaleza irritante produce los desórdenes que se manifiestan en los intestinos. Respecto de este punto diremos, que la alteracion del fluido biliario es una de esas hipótesis que nos ha trasmitido la antigüedad, pero cuya realidad no ha podido demostrarse hasta ahora por ningun análisis química. Otros pretenden, por el contrario, que siendo primitiva la gastro-duodenitis, se trasmite al hígado la irritacion, el cual segrega la bilis en mayor cantidad, y que hasta puede existir una verdadera hepatitis, que complique la flegmasia gastro-intestinal y cause todos los síntomas de la fiebre gástrica. Los médicos que sostienen esta última doctrina observan, que el mejor medio de destruir la enfermedad es combatir la flegmasia de los intestinos; con lo cual no se tarda en ver desaparecer la fiebre, que no era mas que un efecto de la irritacion local (*sublata causa, tollitur effectus*). Por lo demas, á fin de que pueda el lector acabar de formar su juicio acerca de esta cuestion médica, que ya no se mira hoy con tanto interés como antiguamente, trasladaremos la crítica que hace Rayer de las fiebres biliosas de Tissot, de Finke y de los demas autores (*Dict. de méd.*, 1.ª ed. art. Fiebre, 1828).

»La denominacion de fiebre biliosa es hipotética; el grupo de síntomas titulado *historia morbi* no puede interpretarse sanamente sino por el análisis fisiológica; la cual descubre los principales fenómenos de las gastro-enteritis y algunos de los que pertenecen á las lesiones cerebrales. La mayor parte de las individualidades observadas en esta epidemia fueron probablemente gastro-enteritis, complicadas con afeccion del cerebro ó de sus membranas, y alguna vez con irritacion de los órganos de la secrecion biliaria» (art. cit., p. 39). Despues de examinar Rayer sucesivamente las observaciones de Tissot, de Finke, de Pringle y de Pinel, concluye «que tales narraciones son incompletas y carecen de valor; que los hechos publicados por Morgagni, Stoll y el mismo Pinel, prueban que se han descrito enfermedades del tubo digestivo, del útero, del cerebro, del hígado, etc., con el nombre de *fiebre biliosa* ó *ardiente*; que por lo tanto es permitido creer, que Tissot, Finke, Pringle y los demas autores, no fueron demasiado severos en la eleccion de las individualidades que sirvieron de base á su descripcion general; y que no puede esperarse encontrar en las descripciones nosológicas de estos autores la espresion sintomática y fiel de una sola y única enfermedad. Pringle es casi ininteligible; Finke y Tissot reunieron con poco órden los principales fenómenos de la gastro-enteritis, y Pinel bajo el nombre de *fiebre meningo-gástrica* ha reproducido igualmente los síntomas ordinarios de las flegmasías gastro-intestinales, cuya historia, en la época en que escribia sus obras, no era completamente conocida. No existe, pues, enfermedad que se pueda llamar *fiebre biliosa*» (Rayer, art. cit., página 48). Mas abajo, despues de presentar Rayer el cuadro de los síntomas que ofrece la fiebre meningo-gástrica de Pinel, añade: «El análisis fisiológica de esta reunion de fenómenos morbosos, la comparacion de los síntomas referidos por los piretólogos con los de la gastro-enteritis, las autopsias cadavéricas hechas con mucho cuidado y esactitud en estos últimos tiempos, y sobre todo los trabajos de Broussais y de sus discípulos, prueban incontestablemente que esta pretendida fiebre, considerada como enfermedad esencial, debe borrarse definitivamente de los cuadros nosológicos» (artículo cit., p. 49).

»Fiebre biliosa de los paises calidos.—Esta afeccion, que se conoce tambien con el nombre de *fiebre remitente biliosa*, difiere bajo muchos aspectos esenciales de la calentura gástrica de los paises templados, y exige por lo tanto una descripcion aparte. Se observa en la India, en España, en Italia, y algunas veces en el mediodia de la Francia. Aparece como la fiebre gástrica, con formas muy variadas, modificándose segun la constitucion, el clima, la estacion, los alimentos, etc.; por lo cual es dificil presentar un cuadro completo de sus síntomas. Sin embargo ofrece caractéres que permiten distinguirla de las demas enfermedades, como son: la irritacion del estómago, del hígado, del cerebro, y alteraciones del bazo. Cualquiera que sea la diversidad aparente de los síntomas, siempre se refiere á las vísceras abdominales. Vamos á hacer en algunas palabras un análisis de los principales fenómenos de la fiebre biliosa de los paises calientes, á fin de que se los pueda comparar con los de la fiebre llamada *gástrica*. Ya hemos dado mas pormenores acerca de esta afeccion al tratar de la *fiebre en general* y de la *gastro-enteritis*.

»Algunos dias antes de la invasion del mal esperimentan los enfermos una debilidad y un abatimiento general, que los obliga á buscar el descanso; el apetito disminuye; la boca se pone seca, pastosa y amarga; hay cefalalgia, casi siempre muy intensa; dolores contusivos en los brazos, en los riñones y en las estremidades abdominales; dolor agudo en el epigastrio, ó una sensacion de tension en esta parte; sed inestinguible, aunque sin embargo á veces es moderada; náuseas, vómitos de materias amarillas muy abundantes; diarrea, escrementos amarillos y copiosos que ponen rubicundas las partes que tocan; en algunos casos estreñimiento; lengua blanca ó cubierta de una capa amarilla muy gruesa; pulso variable, ordinariamente acelerado; piel seca; transpiracion nula; calor acre ó mordicante; agitacion y sensacion de debilidad; insomnio, ó sueño perturbado por ensueños penosos, y delirio intenso, observado en algunos casos de epidemia (Wade, Shields). Casi todos estos síntomas desaparecen ó se alivian por la administracion del tártaro estibiado, que produce evacuaciones de bilis por la boca y por el ano.

«Ahora convendria determinar el asiento nosológico que rigorosamente corresponde á la fiebre biliosa. Para esto seria preciso tener observaciones particulares muy circunstanciadas, donde se anotasen con cuidado los síntomas, y que nos demostrase despues la abertura de los cadáveres si habia lesiones constantes, y cuales eran estas. Mientras falten estos elementos, no podemos responder de una manera positiva.» Sin embargo, Littre, de quien tomamos este pasage, cree deber admitir que la fiebre biliosa es una enfermedad general, y se funda para sostener esta opinion en la naturaleza de la causa (calor húmedo), en su caracter epidémico, que es tan comun; en la generalidad de los fenómenos, en el aumento de la secrecion biliosa, en la agitacion y en el delirio (*Dict. de Méd.*, bilieuse (fiebre), pág. 291). Pero otros autores, fundandose en la sintomatologia y en el estudio de las complicaciones mas frecuentes, se inclinan á hacer de esta afeccion, formas variadas de la gastro-enteritis, acompañada de una irritacion hepática ó cerebral. Esta localizacion de la enfermedad en el tubo digestivo, del cual se hace depender la fiebre y todos los demas fenómenos morbosos, cuenta hoy gran número de partidarios. La discusion de los hechos que han dado lugar á estas opiniones, se encontrará en los artículos en que tratamos de las diferentes formas de gastro-enteritis, de la gastritis ó de la hepatitis; puesto que en último resultado se halla en alguna de estas flegmasias el punto de partida de los síntomas biliosos.

»Para el tratamiento y la bibliografia nos referimos á los mismos artículos» (Monneret y Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. I, p. 565-572).

ARTICULO TERCERO.

De la calentura adinámica.

»Sinonimia.—*Tifus*, de Hipócrates, Sauvages y Cullen; *febris pestilencialis*, de Fracastor, Sidenham y Grant; *febris putrida*, de Stoll y Quarin.

»Daba este nombre Pinel á unas enfermedades esenciales, á las cuales atribuia síntomas que ahora se refieren á la fiebre tifoidea ó á la gastro-enteritis. Ya hemos espuesto, al tratar de las fiebres en general, todo lo relativo á la naturaleza y á la esencialidad de las calenturas adinámicas. Ahora indicaremos sucintamente los principales fenómenos morbosos, cuyo conjunto constituia lo que llamaba Pinel fiebre adinámica.

»La piel está seca ó cubierta de un sudor parcial, frio y viscoso; los ojos encendidos ó verdosos y legañosos, y aumentada la secrecion de las lágrimas; la mirada denota entorpecimiento, y estan debilitados ó depravados el oido, la vista y el olfato. Hay dolor de cabeza obtuso, estupor, soñolencia, vértigos, desvario, subdelirio, depresion de las facciones, postracion general é indiferencia de los enfermos acerca de su estado. Guardan estos en la cama la posicion supina, y las partes sobre que estan acostados acaban por gangrenarse; tienen la lengua seca, parda ó negruzca, las encias y los dientes fuliginosos, el aliento fétido, la deglucion dificil ó imposible, y padecen estreñimiento ó diarrea; las deyecciones alvinas son involuntarias y negruzcas, y se presenta meteorismo; el pulso es pequeño, blando y debil; aparecen hemorragias por la nariz ó procedentes de los bronquios, del estómago ó de los intestinos, manchas tifoideas, petequias y equimosis; la respiracion es natural, acelerada ó lenta. Estas fiebres, segun

Pinel, son remitentes ó continuas, y su duracion varia: si son continuas, persisten hasta el dia sétimo, catorce, diez y siete, veinticinco ó cuarenta; pero las remitentes no terminan antes de este último plazo (*Nosograph. philos.*, t. I, p. 127 y sig.)» MON. Y FL., *Compendium*, t. I, p. 39).

ARTICULO CUARTO.

De la calentura atáxica.

»ETIMOLOGIA.–Derívase de α privativo, ταξις, órden; irregularidad, desórden.

»SINONIMIA.—*Tiphus* de Sauvages y Cullen; *febris atacta* Selle; *febris nervosa* Frank; fiebre nerviosa, cerebral, perniciosa, de mal caracter, de las cárceles.

»La descripcion que ha hecho Pinel de la fiebre atáxica ó maligna se aplica á una afeccion violenta del tubo digestivo, con irritacion predominante del sistema nervioso de relacion. El nombre de atáxica, que tambien usó Selle, solo espresa la irregularidad, el desórden que se manifiesta en esta fiebre, sin dar ninguna idea del sitio de la enfermedad. Al propio tiempo que el autor de la nosografía coloca la fiebre atáxica en el número de las calenturas esenciales, dice que depende de un ataque profundo dirigido contra el sistema nervioso, pero sin especificar de modo alguno el sitio ni la naturaleza de la afeccion, antes al contrario, pareciendo dar á entender que invade á todas las partes del cuerpo y se estiende á todos los tejidos. «Puede preguntarse á Pinel, dice Broussais, por qué la considera como una afeccion esencial, es decir general, despues de haberla fijado en el aparato nervioso» (*Exam. des doct.*, t. III, p. 459, 3.ª edic.). Sin entrar en las graves discusiones que suscita este asunto, y que se han examinado ya al tratar de la fiebre en general, nos contentaremos con trazar rápidamente, segun Pinel, el cuadro de los síntomas que constituyen la fiebre atáxica: estado obtuso ó sensibilidad escesiva de los órganos de los sentidos; miradas vagas, vértigos, delirio ó integridad de la inteligencia, coma, inquietud continua ó indiferencia del enfermo respecto á las cosas que se refieren á él, falta de conocimiento de lo que pasa á su alrededor, insomnio ó soñolencia, agitacion, carfologia, temblor general ó local, saltos de tendones, convulsiones, paralisis; síntomas de tétanos, de catalepsia, de epilepsia; postracion estraordinaria, rubicundez y palidez momentáneas de la piel; calor, alternado á menudo con escalofrios fugaces, mas ó menos graduado que en el estado de salud; lengua limpia ó cubierta con una capa blanquecina, húmeda ó seca; sed nula ó muy grande; «algunas veces horror al agua, deglucion difícil y aun imposible, y en ciertos casos sensacion de estrangulacion; vómitos espontáneos ó provocados por la causa mas ligera, diarrea ó estreñimiento tenaz»; el pulso, ora fuerte, frecuente y regular, ora pequeño, débil, lento, irregular; lipotimias, síncopes, respiracion fácil ó difícil, frecuente ó lenta, á veces acompañada de hipo; tos, suspiros ó risa involuntaria; calor vivo ó enfriamiento, sudor frio ó caliente, viscoso ó ténue; la secrecion de la orina se suspende, es difícil y dolorosa ó muy abundante; las orinas son ordinariamente trasparentes, á veces sedimentosas. El tipo de estas fiebres es continuo, remitente ó intermitente, y sus complicaciones mas frecuentes son las fiebres gástricas, mucosas y adinámicas (*Nosographie philos.*, t. I, p. 186 y siguientes)» (MONNERET Y FLEURY; *Compendium, etc.*, t. I, p. 461).

CAPITULO TERCERO.

De la calentura tifoidea.

»La palabra *tifoidea* se deriva de τυφος, estupor, es decir, fiebre acompañada de estupor.

»SINONIMIA.—*Sinoca pútrida y no pútrida, causus, phrenitis, fiebre typhoidea* de los griegos y latinos; *febris petechialis* de Fracastor; *febris mesenterica* de Baillou y Baglivio; *fiebre lenta nerviosa* de Willis y Huxham; *morbus mucosus* de Roederer y Wagler; *fiebre nerviosa epidémica* de Reil; *fiebre angioténica, meningo-gástrica, adinámica y atáxica* de Pinel; *fiebre glatinosa* de Sarcone; *fiebre entero-mesentérica* de Petit; *dothinenteria* ó *dothienenteria*, de δοθιην, pústula, y εντερον, intestino, es decir, erupcion pustulosa del intestino, segun Bretonneau; *gastro enteritis* de Broussais; *enteritis foliculosa* de Cruveilhier, Andral y otros; *ileo-dycliditis* de Bally; *entero-mesenteritis tifoidea* de Bouillaud; *enteritis tyfoemica, angibromitis septicemica* de Piorry; *fiebre, enfermedad, afeccion, tifoideas*, de Louis, Chomel y de la mayor parte de los médicos franceses; *exantema intestinal* de algunos modernos; *fiebre de las cárceles, diaria, de los campamentos, leypiria, nosocomial, hungárica, imputris, septenaria* de diferentes autores.

»DEFINICION.–*La fiebre tifoidea es una pirexia esencial, continua, algunas veces remitente, cuya determinacion morbosa esencial es una alteracion particular de los folículos de los intestinos delgados y de los gánglios mesentéricos, y cuyos principales síntomas son: estupor, debilidad muscular é intelectual, delirio, estertores bronquiales, y erupcion en la superficie de la piel de manchas sonrosadas, lenticulares, de sudamina ó de petequias.* Esplicaremos en pocas palabras esta definicion, que se funda en los caractéres anatómicos y en los síntomas de la enfermedad.

»La espresion de fiebre tifoidea, no obstante las impugnaciones de que ha sido objeto, se halla en el mismo caso que otros muchos nombres, usados en el lenguaje médico y aceptados generalmente, por mas vagos, insignificantes y aun inexactos que sean. Podriamos citar muchos de ellos, que sin embargo no han

sido atacados tan vivamente como el que ahora nos ocupa: tales son las palabras peste, escarlatina, sarampion y muermo. Sea como quiera, nos parece preferible la denominacion de fiebre tifoidea, porque recuerda al patólogo la idea de una fiebre cuya causa es aun desconocida, y que de este modo viene á quedar aproximada á varias enfermedades, que por lo comun se han considerado como fiebres; tales como el sarampion, la escarlatina, el tifus, la calentura puerperal, la amarilla, la peste, etc.; y últimamente, porque el estupor, aunque no es un síntoma infalible de la enfermedad, es sin embargo uno de los mas constantes.

»Decimos que la fiebre tifoidea es una *pirexia esencial*, para dar á entender que es una enfermedad febril *esencial y primitiva*, *que no se refiere á ninguna alteracion apreciable* de los sólidos ni de los líquidos (V. la definicion de la fiebre en el capítulo primero). La aceleracion del pulso y el aumento del calor animal, que marcan el estado febril, no faltan nunca en la fiebre tifoidea, y sirven para distinguirla de las afecciones ó estados tifoideos. Se ha hablado de fiebre tifoidea sin calentura; pero en tal caso se la ha confundido con ciertos estados patológicos que se diferencian de ella esencialmente, ó bien no se ha observado con atencion la enfermedad desde su orígen y en toda su carrera. No queremos decir, sin embargo, que la intension del movimiento febril sea proporcionada siempre á la gravedad de la enfermedad y á la lesion intestinal; pero constituye uno de sus mejores signos. La continuidad de la fiebre y alguna vez la forma remitente que afecta en ciertos sugetos, son dos caractéres en los que no creemos necesario insistir.

»*La determinacion morbosa esencial* de la fiebre tifoidea es una erupcion particular, que reside en los folículos agmíneos y aislados de los intestinos delgados, y que con nada puede compararse mejor, que con las erupciones de la piel en las viruelas, en el sarampion, etc. Bretonneau ha llamado á esta lesion de los folículos exantema intestinal. Asi como la pirexia llamada viruelas determina una erupcion de pústulas cutáneas, la peste la aparicion de bubones, la fiebre amarilla hemorragias múltiples, el muermo escaras gangrenosas, etc., del mismo modo la manifestacion morbosa esencial de la fiebre tifoidea es una erupcion intestinal. Nadie cree en el dia que las fiebres eruptivas dependan del exantema cutáneo, ni la calentura tifoidea del *enantema*; ó por lo menos no se atribuyen á esta única influencia patológica; sino que se admite la concurrencia de otras causas, como por ejemplo la reabsorcion séptica (V. Naturaleza). Se ha replicado que no es constante la lesion de los folículos, y que por esta razon no se la puede considerar como un caracter infalible de la enfermedad: mas adelante veremos hasta qué punto puede tener fundamento esta objecion (V. Anatomia patológica). Entretanto, como estos casos son raros y escepcionales, continuaremos mirando la lesion intestinal como uno de los mejores caractéres de la fiebre tifoidea. Por otra parte ¿por qué no ha de suceder en esta fiebre lo que en las viruelas, sarampion y aun otras varias enfermedades en que el exantema es muy ligero, en las que sin embargo nadie pone en duda la existencia de la enfermedad cuando se han desarrollado todos los síntomas menos la erupcion? Hay fiebres tifoideas en las que se observan síntomas atáxo-adinámicos graves y prontamente mortales con una lesion intestinal muy leve ó poco adelantada. La hipertrofia y el reblandecimiento de las glándulas mesentéricas, que tienen menos importancia que la lesion de las chapas de Peyero, merecen sin embargo figurar entre las determinaciones morbosas esenciales.

»Los síntomas que completan los caractéres de la fiebre tifoidea son: la debilidad muscular, la disminucion ó la alteracion de las funciones de la inteligencia, los estertores bronquiales sonoros y la erupcion en la piel, de manchas sonrosadas lenticulares, de petequias y de sudamina.

»Petit y Serres han definido la fiebre entero-mesentérica, diciendo, que es una enfermedad especial, que ataca primero á los intestinos y á las glándulas mesentéricas y da origen despues á una fiebre aguda, que por sus caractéres, su gravedad y terminacion funesta, merece distinguirse de todas las demas que conocemos» (*Tratado de la fiebre entero-mesentérica*, p. 2 y *passim.*, en el prefacio en 8.º; Paris, 1813). Segun ellos, la afeccion intestinal es tan constantemente análoga á sí misma, como las pústulas de las viruelas, de la varicela, etc. (prefacio, p. 39). Esta última comparacion ha sido reproducida por Bretonneau, quien ha fundado en ella su doctrina. Considera la dotinenteria como una fiebre exantemática, en que la lesion intestinal constante recorre sus períodos como la de las viruelas.

»Han variado las definiciones segun la opinion que cada autor se ha formado de la enfermedad. Asi es que para Broussais la fiebre tifoidea es una inflamacion simultánea del estómago y de los intestinos delgados, ó sea una gastro-enteritis; y para Bouillaud una inflamacion de la membrana mucosa de los intestinos delgados y de los gánglios mesentéricos correspondientes. Forget la ha definido diciendo, que es la inflamacion de los folículos intestinales (*Traité de l'enterite folliculeuse*, p. 67, en 8.º; Paris, 1841).

»División.—La fiebre tifoidea es una de aquellas enfermedades que han llamado siempre mucho la atencion de los patólogos, y que han servido de criterio para juzgar del verdadero valor de las doctrinas médicas que han reinado sucesivamente. Representa un papel importante en la nosografía de Pinel, bajo los nombres de fiebre pútrida, maligna, atáxica y adinámica; y de comun consentimiento se la

consideraba como una entidad suficientemente vasta, para comprender en sí sola una gran parte de las fiebres de nuestros climas. Vino á su vez Broussais á atacar esta entidad, para poner en su lugar otra no menos esclusiva, que era la gastro-enteritis, y que destruida tambien por los autores modernos, ha sufrido otra trasformacion, llamándose hoy fiebre tifoidea. Esta calentura, en la cual se han refundido casi todas las fiebres, domina completamente la piretologia de nuestras escuelas. ¿Habrá ó no razon para dar á esta fiebre una estension tan vasta? ¿No podria considerársela como uno de aquellos terrenos vagos, sobre los que no pueden fundarse mas que edificios efímeros y provisionales, hasta que la ciencia se constituya definitivamente? (V. Historia y bibliografía). Pero sea como quiera, debemos estudiar con estraordinario cuidado las diferentes partes de esta importante afeccion. Para hacerlo con mejor resultado y evitar la confusion inseparable de la misma multiplicidad de pormenores en que habremos de entrar, colocaremos todo lo que tiene relacion con la naturaleza de la fiebre tifoidea y con las discusiones teóricas, en el párrafo que comunmente dedicamos á la naturaleza de las enfermedades, es decir, despues de la descripcion del mal. (V. Naturaleza y clasificacion).

»Principiaremos segun nuestro método acostumbrado, al que se acomoda fácilmente la historia de la fiebre tifoidea, por estudiar: 1.° *las alteraciones cadavéricas*; 2.° *los síntomas*; 3.° *el encadenamiento de los fenómenos y su duracion*; 4.° *el curso y terminaciones de la enfermedad*; 5.° *sus numerosas formas*, cuya descripcion será corta y fácil despues que hayamos presentado el cuadro general de los síntomas. La *etiologia*, el *tratamiento* y la *naturaleza* conservarán su lugar ordinario. Respecto á la fiebre tifoidea de los niños, la describiremos entre las variedades despues de las demas formas de la enfermedad.

»En estos últimos tiempos se ha agitado la cuestion, de si *la fiebre tifoidea es idéntica al tifus fever y al tifus contagioso*. El exámen de las diferentes opiniones que respecto de este punto se han emitido, tendrá natural cabida en la descripcion del tifus, ora neguemos dicha identidad, ora la aceptemos con muchos autores (V. Diagnóstico del tifus).

»Anatomia patológica.—Estudiaremos las alteraciones cadavéricas segun el grado de importancia de cada una de ellas, empezando por las que afectan á los intestinos delgados y á los gánglios mesentéricos; despues describiremos el estado anatómico-patológico de los intestinos gruesos, de las porciones superiores del tubo digestivo (exófago, estómago y duodeno), del bazo, del hígado, del pancreas, de los riñones y de los órganos de la inervacion, de la respiracion y de la circulacion.

»Para esta descripcion, como para lo restante de la redaccion de este artículo, pondremos en contribucion las escelentes monografias que se han publicado acerca de este asunto, y las observaciones recogidas por uno de nosotros de diez y seis años á esta parte en las diferentes clínicas de Paris á que ha asistido. Estas observaciones ascienden á 125 casos, de los cuales en 30 enfermos que han sucumbido se han examinado las alteraciones anatómicas con el mayor detenimiento.

»*Tubo digestivo.—Intestinos delgados.*—La lesion fundamental, que segun los autores nunca falta, es la alteracion de los folículos agmíneos, conocidos con el nombre de chapas ó glándulas de Peyero, y de los folículos aislados llamados de Brunero. Describiremos sucesivamente cada una de estas alteraciones, y en tercer lugar las que afectan los demas puntos de la membrana mucosa; pero permítasenos antes recordar que las glándulas de Brunero no existen mas que en el duodeno, y que su estructura anatómica es diferente de la de los folículos aislados de los intestinos delgados y de los gruesos. Asi es que cuando tengamos que hablar de las chapas de Peyero ó folículos acumulados, nos serviremos de las espresiones usadas generalmente, y llamaremos folículos aislados ó solitarios, á los que impropiamente se llaman folículos de Brunero.

»1.° *Alteracion de los folículos acumulados ó chapas de Peyero.*—Las glándulas que aglomeradas los forman son en número de 100 á 400 en cada chapa, y dan á la membrana mucosa un aspecto desigual y rugoso, que las distingue por poco hipertrofiadas que esten. Son elípticas, y estan colocadas en el borde libre de los intestinos, enfrente de la insercion del mesenterio: su diámetro mayor es paralelo al eje longitudinal del intestino. Son en número de 30 ó mas; ocupan los intestinos delgados y principalmente el último tercio del ileon, donde son muy confluentes, y con especialidad en las inmediaciones de la válvula ileo-cecal.

»El conocimiento de estas particularidades anatómicas sirve para esplicar las desórdenes que se encuentran en los intestinos. Efectivamente, siendo los folículos acumulados el sitio especial de la lesion, se concibe por qué reside esta en el ileon y en los alrededores de la válvula ileo-cecal; porque es mayor hácia este último punto el número de chapas afectas, y porque se encuentran en el sitio que corresponde á la parte libre y flotante de las circunvoluciones intestinales, es decir, en el punto opuesto á la insercion mesentérica.

»La enfermedad de las glándulas conglomeradas presenta aspectos morbosos diferentes, que vamos á dar á conocer de un modo general.

»Louis, cuya notable obra tendremos ocasion de citar con mucha frecuencia, describe dos formas muy distintas de alteraciones en las chapas: en la primera, que llama *chapa blanda*, estan las túnicas mucosa y culular engrosadas, rojas, mamelonadas, reblandecidas, ulcera-

das, etc., etc.; la segunda ó *chapa dura*, caracterizada principalmente por la prominencia considerable de los folículos, parece propender á la trasformacion del tejido propio del órgano en una materia homogénea, sin organizacion aparente, de un tinte sonrosado, etc. (*Recherches anatomiques, pathologiques et therapéutiques sur la maladie connue sous le nom de fievre typhoide*, t. I, p. 172 y 178, 2.ª edicion, en 8.º; Paris, 1841). Chomel admite tambien la existencia de la chapa dura, y describe ademas otra lesion que designa con el nombre de *chapa con superficie reticular*, y que corresponde á las *chapas blandas* de Louis (*Leçons de clinique médicale*, recogidas por Genest, p. 98; Paris, 1834). La membrana mucosa de las chapas está algun tanto hipertrofiada, pero reblandecida. Andral llama *exantema en placa* á la alteracion de los folículos acumulados, y *exantema en grano* á la de los folículos aislados (*Clinique médicale*, *enfermedades del abdomen*, t. I, p. 504 y 506, en 8.º; Paris, 1834).

»Cruveilhier distingue las formas: *granulosa* ó *estampada*, *pustulosa ó fungosa*, *ulcerosa*, *gangrenosa*, *gangliónica* y *seudo-membranosa* (*Anatomie pathologique*), de las cuales solo las dos primeras merecen conservarse. En cuanto á la ulcerosa y á la gangrenosa no son mas que grados mas adelantados de las dos primeras lesiones. La forma gangliónica indica solamente el predominio de la enfermedad de los gánglios; y la seudo-membranosa es agena á la fiebre tifoidea.

»Forget describe como formas distintas: 1.º *la psorenteria ó forma granulosa*: 2.º *la forma punteada*: 3.º *la reticular*: 4.º *la estampada*: 5.º *la pustulosa*: 6.º *la gangrenosa*; y 7.º *la ulcerosa* (*Traité de l'enterite folliculeuse*, pág. 97). Volveremos á hablar de cada una de estas formas en nuestra descripcion general.

»Es difícil presentar un cuadro completo y metódico de las alteraciones que acabamos de indicar en compendio; porque varian en las diferentes épocas de la enfermedad, y segun las condiciones morbosas, poco conocidas aun, que aceleran ó retardan la alteracion intestinal y le dan aspectos muy diferentes. Para algunos autores, entre ellos Bretonneau, el exantema intestinal sigue períodos fijos, como las viruelas ó la escarlatina; de modo que se pueden describir las alteraciones correspondientes con la misma esactitud que se describen los diversos períodos de la pústula variolosa (*De la maladie à laquelle M. Brettonneau à donné le nom de dothinenterie ó dothinenterite*, por Trousseau; *Arch. gén. de méd.*, t. X, pág. 67; 1826). Desgraciadamente esta aparente sencillez no existe en la naturaleza, como diremos mas adelante. Encuéntranse con frecuencia ulceraciones que no se podian esperar en razon de estar poco adelantada la enfermedad, y recíprocamente una simple hipertrofia de las chapas en sugetos que sucumben en una época mucho mas avanzada. Asi pues, no podemos adoptar en nuestra descripcion la division de la enfermedad en períodos.

»*Idea general que se debe tener de la lesion intestinal*. Despues de haber leido con atencion lo que han escrito los autores acerca de las alteraciones anatómicas, y consultado nuestras propias observaciones, nos parece que los desórdenes que se presentan en los intestinos delgados pueden considerarse en último análisis del modo siguiente: 1.º hay casos en que la túnica mucosa de la chapa está ligeramente hipertrofiada y tiene una consistencia natural: 2.º en otros las túnicas mucosa y celular estan las dos ó una sola hipertrofiadas, rojas, reblandecidas ó de consistencia regular: 3.º en otros hay una alteracion especial en el tejido propio de la chapa, pareciendo que se ha infiltrado en sus mallas una sustancia rosácea, dura y homogénea: 4.º en algunos, despues de haber esperimentado una ó mas alteraciones de las que vienen indicadas, los tejidos mucoso, celular y glandular pueden ulcerarse y mortificarse: 5.º por último, algunas veces se perforan las túnicas muscular y aun serosa, comprendidas en el trabajo patológico. Vemos, pues, que las diferentes alteraciones que se encuentran en las chapas, son enteramente semejantes á las que puede observar el médico en los demas tejidos, esto es, la hipertrofia, el reblandecimiento, la ulceracion, la perforacion, la gangrena y la cicatrizacion. Hemos preferido estas espresiones, admitidas en anatomia patológica; porque dan una idea mas esacta del sitio y de la naturaleza de la alteracion, que pudieran hacerlo otras palabras, que solo significan formas de esta misma alteracion, y que por otra parte carecen de la esactitud y precision apetecibles.

»A. *Hipertrofia de la túnica mucosa de las chapas de Peyero.* —Cuando la hipertrofia es muy ligera se desarrollan las chapas de Peyero, principalmente hácia la parte superior del ileon, en forma de chapas elípticas, de la longitud de tres á cinco ó diez líneas, y de una latitud menor. Algunos pliegues superficiales se cruzan entre sí irregularmente; de modo que forman unas especies de mallas ó de arrugas, en medio de las cuales se encuentran los orificios visibles y descoloridos de las glándulas: tal es la estructura que presenta á la vista la túnica mucosa hipertrofiada, y en cuya virtud se asemeja la chapa á un tejido areolar que sobresale poco de la membrana. Las chapas, que apenas se perciben en el estado natural, se ponen muy manifiestas cuando adquieren esta alteracion. La única lesion que entonces se observa es la hipertrofia de la membrana mucosa; pero la consistencia y color de esta membrana son las regulares. Las denominaciones de chapa estampada y reticular convendrian muy bien á este estado patológico, si no se hubiesen ya empleado para espresar otras alteraciones de la túnica mucosa, muy diferentes y de muy distinta gravedad.

»La hipertrofia de la túnica mucosa de las

chapas de Peyero, sin otra alteracion, constituye los grados primero y último de otras alteraciones mas profundas que daremos á conocer mas adelante. En los sugetos que presentan estas alteraciones, se encuentra al principio de los intestinos delgados, en el yeyuno, cierto número de chapas hipertrofiadas, que son el primer grado del exantema intestinal. Ignórase si las chapas estampadas que constituyen la forma mas grave de la lesion, pasan por esta hipertrofia; pero lo que se puede asegurar es, que en la convalecencia y en una época muy adelantada de la fiebre tifoidea se encuentran en el intestino muchas de estas chapas simplemente hipertrofiadas, que indican la terminacion del trabajo morbífico.

»B. *Hipertrofia de las chapas con coloracion negra.*—A continuacion de esta primera forma de la hipertrofia de las chapas, debemos colocar otro estado morboso, conocido con el nombre de *punteado negro*, forma punteada de las chapas; el cual ha sido perfectamente descrito por Roederer y Wagler (*Traité de la maladie muqueuse*, trad. por Leprieur, p. 300, en 8.º; Paris, 1806). En los sitios donde se observa esta alteracion, se ven en la chapa, que por otra parte no sobresale por encima de las partes inmediatas, una multitud de puntitos negros ó agrisados, que corresponden á los orificios de las glándulas y dan á la chapa el aspecto que presenta la piel de la barba recien rasurada (barba rasurada). La membrana mucosa se encuentra enteramente sana.

»La hipertrofia de la mucosa con puntos negros es una alteracion cuya causa es todavia dudosa. Chomel la considera como una variedad del estado natural, Andral como un estado morboso que anuncia la declinacion y la resolucion de los folículos (*Clin. méd*, p. 503); al paso que otros ven en ella una alteracion incipiente. La primera forma de la hipertrofia sin colorido morboso nos parece indicar en muchos casos el principio ó el primer grado de la erupcion dotinentérica, principalmente en las formas poco graves de la enfermedad. El punteado negro, como todos los coloridos grises ó apizarrados de las membranas, se refiere en nuestro concepto á la resolucion de los folículos acumulados. Le hemos encontrado como única lesion con algo de hipertrofia de las chapas, en un enfermo nuestro que falleció al sétimo dia de una fiebre tifoidea fulminante; lo que hace sospechar que en la fiebre tifoidea, como en los exantemas cutáneos, puede morir un sugeto prontamente con una lesion anatómica muy pequeña. Chomel cita un caso semejante: el enfermo murió antes del octavo dia, y se le encontraron hipertrofiados los folículos aislados y agmíneos, sin otra ninguna alteracion. Esta misma disposicion de que hablamos se ha presentado á Rilliet y á Barthez en niños fallecidos al sétimo, octavo y noveno dia. Las chapas superiores presentaban el punteado gris, areolar, y algunas un aspecto semejante al de las manchas de la urticaria (*Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 351, en 8.º; Paris, 1843).

»Las dos alteraciones que acabamos de describir no son peculiares á la fiebre tifoidea; pues se encuentran tambien en otras afecciones, como en las viruelas, la escarlatina, el cólera, la tisis pulmonal, etc. Hace muy poco que en una de nuestras salas murió un sugeto, á consecuencia de unas viruelas muy confluentes, en el dia 18 de la enfermedad, y vimos que las glándulas de Peyero, en número de doce, se marcaban bajo la forma de una redecilla muy manifiesta, formada por la mucosa regularmente consistente, y que conservaba su color natural. La misma hipertrofia de la mucosa de las chapas hemos observado en otro sugeto muerto de viruelas en iguales circunstancias: en el primero solo padecian los folículos agmíneos; pero en el segundo estaban afectados tambien los aislados.

»En el cólera asiático rara vez se encuentran afectadas las glándulas de Peyero al mismo tiempo que los folículos aislados. Hállase muy bien descrita esta lesion en la obra de Chomel. Las chapas alteradas forman una prominencia ligera por encima de la membrana mucosa; tienen un color blanco mate pareciéndose á una capa ligera de albúmina que se hubiese estendido debajo de la mucosa fina y trasparente; algunas veces es su color rojo ú oscuro (*loc. cit.*, p. 208). Esta alteracion se distingue fácilmente de la que pertenece á la fiebre tifoidea; porque no viene acompañada, ni de chapas duras ó blandas, ni de ulceracion, ni de hipertrofia de los ganglios mesentéricos. Por lo demas la psorenteria es la lesion que se observa en casi todos los casos (V. Cólera morbo).

»La tuberculizacion de las chapas de Peyero podria confundirse con la lesion propia de la fiebre tifoidea; pero ordinariamente viene acompañada de la tuberculizacion de las glándulas solitarias. Ademas la naturaleza del producto contenido en la glándula, la forma de la ulceracion, su modo de desarrollarse, y la presencia de tubérculos en los ganglios del mesenterio y en otros órganos, bastan para que no se puedan confundir dos alteraciones tan distintas, de las cuales volveremos á hablar con detencion mas adelante.

»Chomel y Louis han observado la hipertrofia de los folículos intestinales en sugetos muertos de escarlatina. El primero de estos observadores la ha visto tambien en una jóven que murió de una erisipela, y en un hombre que tenia una hipertrofia del corazon muy adelantada: nosotros la hemos comprobado en un caso de erisipela de la cara y de quemadura que ocupaba los dos miembros inferiores. No necesitamos decir, que estas alteraciones se distinguen de la lesion propia de la fiebre tifoidea, en que la hipertrofia de las chapas no llega nunca al grado que se observa en la chapa estampada, y en que por otra parte constituye el

único desórden que se observa en las chapas. Si estuviesen alterados los ganglios mesentéricos, ya no quedaria duda alguna. Creemos que los caractéres diferenciales fundados en el estado de los ganglios son de mucha importancia. Forget se olvida de indicarlos, al hablar de un enfermo que murió de una escarlatina maligna, y en el que se veian rojas é hinchadas las chapas de Peyero y muchos folículos aislados (obr. cit., obs. 19). Nunca se ha visto la ulceracion de las chapas en la escarlatina ni en otras enfermedades, mas que en la fiebre tifoidea, y este caracter basta en el mayor número de casos para no confundir las hipertrofias foliculosas que pertenecen á estas diversas afecciones.

»En los niños estan los folículos aislados y las glándulas de Peyero naturalmente hipertrofiados y visibles, aunque se haya verificado la muerte á consecuencia de una enfermedad distinta de la fiebre tifoidea; pero no tienen el aspecto ni los colores morbosos que presentan en los que han muerto de esta calentura. Algunas veces ofrecen las chapas el punteado negro antes mencionado, y que existe en los que han tenido entero-colitis crónicas.

»En resumen se ve que las dos formas de hipertrofia que acabamos de describir, no bastarian por sí solas, é independientemente de toda otra alteracion, para caracterizar anatómicamente la fiebre tifoidea; pues que se las encuentra aun en afecciones agenas al tubo digestivo; y sin embargo hemos dicho, que en casos bien averiguados y muy graves de calentura tifoidea, en que se habia verificado muy rápidamente la muerte, no se habia encontrado otra alteracion que la hipertrofia de forma areolar.

»C. *Reblandecimiento rojo de la mucosa de las chapas*; *chapas de superficie reticular*, de Chomel. Esta alteracion, mucho mas comun que la precedente, y que en último resultado no es mas que un reblandecimiento rojo de la túnica mucosa hipertrofiada de los folículos de Peyero, presenta las particularidades que ha indicado Chomel en la siguiente descripcion: «Las chapas no sobresalen comunmente por dentro del intestino, y aun á veces forman una escavacion; pero la redecilla membranosa que las cubre tiene siempre muchos agugeritos muy próximos entre sí, y se continúa manifiestamente con la mucosa inmediata. Este tejido parece formado por mallas pequeñitas muy fáciles de distinguir, que dejan entre sí espacios muy iguales y de suyo muy visibles, pero mas aun cuando se echan algunas gotas de agua en la superficie de la mucosa ó en el hueco que presentan. En algunos sugetos, levantando el agua estas especies de mallas y separándolas, permite ver fácilmente las aberturas que forman, y en tal estado este tejido se parece bastante, á escepcion del color, al parenquima de las cerezas ó de las ciruelas» (*loc. cit.*, p. 98). La consistencia de la mucosa está siempre disminuida, y algunas veces es muy grande el reblandecimiento. El color del tejido es rojo subido y aun negro. Separando la porcion reblandecida de la chapa, se encuentra descubierto el tejido celular y aun á veces el muscular. El estado reticular de la chapa es una lesion que no sucede á otras, que acompaña á las chapas estampadas (Chomel, p. 100), y que con frecuencia termina en la ulceracion.

»D. *Hipertrofia con reblandecimiento rojo de las túnicas mucosa y celular*; *chapas blandas de Louis*.—Este autor ha dado una descripcion muy esacta de las diferentes lesiones, que nosotros referimos á la hipertrofia de las túnicas mucosa y celular, y á las varias especies de reblandecimiento que la acompañan.

»En muchos casos la chapa está prominente, de color pálido ó ligeramente sonrosado y un poco reblandecida; su superficie es granulosa ó con pezoncillos muy finos; el orificio de las glándulas manifiesto ó invisible; el tejido celular submucoso se halla tambien rojo y engrosado; en una palabra, la hipertrofia simple de la mucosa que hemos descrito, se encuentra en este caso unida con la hipertrofia del tejido celular, con el reblandecimiento y la rubicundez de los tejidos. Louis cree debida esta alteracion á una exageracion de la estructura de las partes (*loc. cit.*, p. 173).

»En el mismo sugeto suele haber otras chapas, en las que la hinchazon, la rubicundez y la blandura de las dos túnicas son mas pronunciadas. En fin todavia se observa otra especie de alteracion en los puntos mas próximos al ciego: la membrana mucosa reblandecida en todo su espesor ó superficialmente, presenta ulceraciones, únicas ó múltiples, de las cuales hablaremos mas adelante. En estas tres variedades de una misma lesion estan las chapas hinchadas, son desiguales, granugientas, mamelonadas, algunas veces fungosas, prominentes por encima de las partes inmediatas, aunque en menor grado que en la alteracion conocida con el nombre de chapa dura. La rubicundez y el reblandecimiento son comunes á estas tres formas, á las que conviene perfectamente el nombre de *reblandecimiento rojo de las chapas*, como ya dijo Bouillaud (*Traité de nosographie médicale*, t. III, p. 99, en 8.º; París, 1846). El tejido celular subyacente participa de la hipertrofia, de la congestion y del reblandecimiento del tejido mucoso.

»E. *Hipertrofia con induracion y reblandecimiento sucesivo del tejido propio de la chapa; chapa dura de Louis; chapa estampada de muchos autores*.—En vez de ser mas ó menos rojo, grueso y húmedo, sin otra alteracion de estructura; de participar solamente de un grado mas ó menos notable de la inflamacion de la membrana mucosa que le cubre, como en la variedad precedente; el tejido celular submucoso está trasformado en toda ó casi toda la longitud de la chapa alterada, en una materia homogénea, sin organizacion aparente, de un color de rosa mas ó menos bajo ó amarillento; al cor-

tarle presenta una superficie árida ó reluciente; es mas ó menos renitente ó friable, y tiene dos á tres líneas de grueso. «Es fácil convencerse, dice Louis, de quien tomamos esta notable descripcion, que esta materia se desarrolla, no en la superficie del tejido submucoso, sino en su espesor; bastando para ello hacer una incision perpendicular en la chapa en que se presenta; porque entonces vemos bifurcarse á su alrededor el tejido de que vamos hablando, y cuyas hojas, perceptibles aun en la longitud de dos líneas poco mas ó menos, estan separadas entre sí por la citada materia» (*loc. cit.*, página 179).

»Las chapas duras ó estampadas existen principalmente en gran número por encima de la válvula íleo-cecal; pero se encuentran tambien á mayor ó menor altura en los intestinos delgados. Se manifiestan bajo la forma de chapas anchas, elípticas y fungosas, cuyo diámetro longitudinal, que es el mayor, puede tener hasta tres ó cuatro líneas. Sus bordes invertidos se adelantan sobre la membrana mucosa, y muchas veces forman relieves bastante grandes. Las chapas duras figuran una especie de hongos, de color rojo claro ó subido, ó bien tienen un blanco mate, segun el estado de la membrana mucosa. Esta aparece á menudo roja, hipertrofiada y reblandecida en su superficie; pero en otros casos está desigual, mamelonada y destruida en muchos puntos, y en algunos, aunque raros, poco alterada.

»La chapa dura ofrece bastante resistencia al tacto, cuando todavia está en cierto modo en el período de crudeza; su tejido, blanquecino, homogéneo y quebradizo, puede separarse con el escalpelo de las túnicas celulosa y muscular; mas adelante, cuando ya está reblandecida, se desprenden sus capas superficiales con la membrana mucosa. Otra parte de la sustancia homogénea queda adherida á la túnica muscular, y se presenta bajo la forma de restos ó detritus, teñidos de diversos modos por las materias contenidas en los intestinos. Chomel, que ha indicado muy bien la causa de estos distintos colores, les dá el nombre de escaras amarillas. «Sucede algunas veces, dice, mas no en el mayor número de casos, que los restos de chapas que estan pegados todavia, ya al fondo de la ulceracion, ya á sus bordes, ya solo á los pedazos de mucosa que la cubren, tienen cuando estan bien lavados, un color amarillo, verde ó matizado, y que indudablemente depende de la accion de la bilis en que estan bañados» (*loc. cit.*, p. 93). Mas adelante estudiaremos la ulceracion y la perforacion, que siguen al reblandecimiento de la chapa dura.

»Esta existia en la tercera parte de los sugetos observados por Louis (de 46, en 13). En la mayor parte de los casos en que la ha encontrado este hábil observador, se habia verificado la muerte del octavo al décimoquinto dia: pasada esta época era menos frecuente (*loc. cit.*, p. 180). Las observaciones hechas por nosotros nos han dado resultados enteramente semejantes: los enfermos que habian muerto antes del dia catorce, nos han presentado esta lesion, escepto dos, que habiendo fallecido antes del décimo dia no ofrecieron mas que una hipertrofia ligera de las chapas; lo cual nos ha inducido á creer, que la chapa dura es una alteracion mas grave y que causa mas rápidamente la muerte, que cualquiera otra. Louis duda si este estado será susceptible de resolucion, y cree que los hechos no han aclarado suficientemente este punto; pero Chomel cita dos casos que inducen á creerla posible (obs. 14 y 15, p. 160 y sig.). Bretonneau, y algunos otros antores con él, opinan que la chapa dura concluye con mucha frecuencia por gangrenarse y desprenderse bajo la forma de una especie de raiz ó cepa forunculosa.

»La naturaleza de la lesion que se designa con el nombre de chapa estampada es todavia desconocida. Louis opina que reside en el tejido celular submucoso, el cual se trasforma en una materia homogénea, sin organizacion, que no puede compararse, ni con la materia tuberculosa, ni con ningun otro producto conocido (*loc. cit.*, p. 178). Forget atribuye la chapa estampada á la hipertrofia y á la tumefaccion del parenquima de las chapas foliculosas (*loc. cit.*, p. 101); y Chomel á la presencia de una materia amarillenta y homogénea, que produce la prominencia y el relieve de la lesion que nos ocupa. Efectivamente, no se puede menos de creer que el tejido propio de la glándula es el asiento de la alteracion, y que ademas de la hipertrofia del elemento celular que rodea el órgano afecto, hay quizá tambien una materia nueva segregada é infiltrada en el mismo. Sobre todo nos parece indudable, que no es la túnica mucosa el único elemento anatómico interesado en la chapa dura; sino que tambien se hincha, engruesa y endurece, el tejido propio de cada una de las numerosas glándulas que componen las de Peyero. Las investigaciones de anatomia de estructura han probado que cada glándula tiene un tejido que forma sus paredes; el cual hinchándose juntamente con el tejido celular que le une con las demas glándulas, puede muy bien producir la alteracion conocida con el nombre de chapa dura.

»Lebert ha examinado con el microscopio la materia amarillenta granulosa de las chapas, y nunca ha encontrado glóbulos de sangre ni de pus. «Solo se ven en ellas granulaciones moleculares amarillas de $\frac{1}{2000}$ á $\frac{1}{1000}$ de línea, y algunos globulillos de $\frac{2}{1000}$, sin ningun contenido perceptible. Esta materia granulosa, fuerte y poco organizada, forma algunas veces masas considerables en la superficie de las chapas.» Nunca se ven vasos en la materia amarilla granulosa de la fiebre tifoidea (*Physiologie pathologique*, etc., t. I, p. 215, en 8.º; Paris, 1845). Vogel ha encontrado el elemento granuloso y los glóbulos de que habla Lebert, en los intestinos y en los gánglios mesentéricos

Icones histologicæ pathologicæ, p. 99; Lips, 1843). Resulta, pues, que el estudio microscópico ha ilustrado poco la naturaleza de las chapas duras: lo único que nos ha enseñado es que no hay elemento alguno de los del pus; hecho capital, que propende á probar que no es la inflamacion la causa de la enfermedad de la chapa.

»F. *Ulceracion de los folículos acumulados.*—Chomel, de cuyos importantes trabajos tenemos que hablar á cada paso, distingue dos especies de ulceraciones; unas que empiezan por el reblandecimiento de la membrana mucosa, y otras por la desorganizacion de la chapa indurada (*loc. cit.*, p. 78). Las úlceras del primer género consisten al principio en una erosion superficial, que reside en la túnica mucosa, desde donde se estiende al tejido de la chapa y á las membranas subyacentes, es decir, de dentro afuera del intestino. Esta ulceracion adelanta á un tiempo en anchura y en profundidad; de modo que el mismo tejido glandular llega á formar parte de la desorganizacion. La materia rojiza que constituye la chapa estampada se reblandece, y se la encuentra en la superficie de la úlcera bajo la forma de una pulpa sonrosada, blanquecina, ó bajo la de una especie de putrílago negro ó amarillento, teñido por los materiales contenidos en los intestinos, constituyendo aquellas fungosidades que hemos comparado con una especie de seta. La lesion descrita por Chomel con el nombre de chapa reticular, nos parece provenir del reblandecimiento y de la ulceracion superficial de la membrana mucosa que cubre la chapa. Las ulceraciones primitivas, desarrolladas en esta membrana, son únicas ó múltiples, cuyo último caso es el mas comun. Entonces se notan encima de la chapa tres ó cuatro úlceras redondeadas, próximas á confundirse, ó bien una sinuosa ó angulosa, procedente de la reunion de dos ó tres ulcerillas.

»Cuando la ulceracion empieza por la mortificacion de los tejidos que entran en la composicion de la chapa, son algo distintos los desórdenes. La membrana mucosa puede permanecer estraña durante algun tiempo al trabajo de reblandecimiento que se apodera de las chapas. Chomel ha visto restos de la materia de estas, desprendidos por el lado de la membrana muscular, y sostenidos solo por los pedacitos de la mucosa que los cubria y unia á las partes inmediatas, la cual conservaba aun sus caractéres fisiológicos. Hánse visto algunos de estos pedacitos, fijos por sus estremidades en dos puntos opuestos de los bordes de la úlcera ya cicatrizada, y formando por encima de ella una especie de arco ó de puente» (*loc. cit.*, p. 79).

»Por lo comun, á medida que el reblandecimiento se apodera de la chapa, se altera del mismo modo la mucosa que la cubre, y se cae en pedacitos pardos, negros, mas ó menos blandos, que se han considerado como escaras. Efectivamente, despues de presentar el tejido de la chapa las diversas alteraciones que pueden asimilarse al período de crudeza y de induracion, no tarda en reblandecerse, y si la mucosa no ha tomado parte en el trabajo de reblandecimiento, se levanta y desprende con la escara. Adviértase, no obstante, que la eliminacion de la chapa es producida comunmente por el reblandecimiento simultáneo de la mucosa y del tejido glandular.

»Cualquiera que sea el modo de desarrollarse las ulceraciones intestinales, ora se hayan formado de dentro afuera, ora hayan principiado desde la chapa hácia la mucosa intestinal, tienen caractéres comunes que vamos á indicar. Siempre son mas numerosas, mas anchas y mas antiguas, en las inmediaciones de la válvula ileo-cecal; encontrándose á menudo toda esta region enteramente cubierta, en una estension de cuatro á seis pulgadas, de úlceras que casi se confunden entre si. Su número es variable; pero rara vez son menos de ocho ó diez, aunque algunas veces solo se encuentran tres ó cuatro. Se observa esto último, cuando ocurre la muerte en una época en que se ha verificado ya la cicatrizacion de casi todas las úlceras. Muchas veces, á los treinta ó cuarenta dias de enfermedad, hemos encontrado todavia bastantes ulceraciones; las cuales ocupaban principalmente la terminacion del ileon, donde es siempre mas grave la alteracion.

»La forma de las úlceras es variable: por lo comun son ovales como los folículos acumulados, cuya superficie suelen invadir completamente, ó redondeadas, circulares como cortadas con un sacabocados, cuando residen en los folículos aislados. Algunas veces es su contorno irregular, sinuoso, dentado, formado por los restos de la chapa, dura todavia ó reblandecida, ó por la membrana mucosa infartada. En los sugetos que sucumben pasados los treinta dias, se encuentran generalmente pocas úlceras, y esas no muy profundas y pequeñas.

»Es importante conocer el color de las ulceraciones intestinales: las mas recientes suelen estar rojas, hinchadas y reblandecidas; otras tienen los bordes delgados, son parduzcas, apizarradas ó muy descoloridas. Pasados los treinta dias ha encontrado Louis tintes mas subidos; el color rojo se convierte en una mezcla de rojo, de pardo ó de azul, en proporciones variadas (*loc. cit.*, p. 175). En general se puede conocer bastante bien la época adelantada de una ulceracion, en el color bajo, ó en el pardo ó apizarrado de los tejidos que forman sus bordes y su fondo; y por el contrario la rubicundez, la hinchazon y la poca consistencia de las partes, indican que la ulceracion es reciente. El borde de las úlceras es oval ó elíptico, y su contorno regular, cortado perpendicularmente; algunas estan cortadas en visel y presentan colgajos mas ó menos anchos, gruesos ó adelgazados, desprendidos de los tejidos

subyacentes ó adheridos á ellos. A veces se encuentran chapas anchas, profundamente ulceradas, en las cuales se notan dos ó tres islitas, formadas por los tejidos endurecidos de la chapa ó de la membrana mucosa, que se han libertado de la desorganizacion.

»Las túnicas celular y musculosa pueden alterarse poco mas ó menos del mismo modo que el tejido de la misma chapa. El tejido submucoso que forma el fondo de la ulceracion, puede aparecer rojo, hinchado, prominente, fungoso y reblandecido; de manera que apenas se toque con el escalpelo quede descubierta la túnica muscular. La celular, alterada de este modo, constituye con frecuencia la base de las estensas ulceraciones de una á dos pulgadas de longitud, que se encuentran cerca del ciego. En otros casos la membrana celular está intacta, de buena consistencia, descolorida, y á espensas de ella se verifica la cicatrizacion. Pero bastante á menudo se halla remplazado este trabajo reparador por una destruccion completa de la túnica celular, y entonces se ven descubiertas y como disecadas las fibras musculares rojizas en el fondo de la ulceracion, y si no ha ocurrido la muerte hasta despues de los treinta ó cuarenta dias, se observa en este tejido un color negro ó pardo. Por último, algunas veces se perfora el peritóneo por los progresos del trabajo ulcerativo.

»G. *Perforaciones.*—Residen casi constantemente cerca del ciego, en las últimas doce pulgadas del ileon, donde es siempre mas grave y está mas avanzada la alteracion de las chapas (Louis, *loc. cit.*, t. I, p. 174) y dependen constantemente de una ulceracion grande ó pequeña. La abertura accidental es en general muy chica, del diámetro de una cabeza de alfiler, como en un caso que hemos observado nosotros: otras veces es mas grande, como de cuatro á cinco líneas. Ordinariamente es redondeada y está cubierta con una escarita del peritóneo; ó bien parece una fisura estrecha y sinuosa, situada entre la túnica serosa y la muscular levantada ó rota. Examinando el interior del intestino en la direccion de la perforacion, se ve manifiestamente que ha sido producida por los progresos incesantes de la ulceracion, que ha adelantado en profundidad, es decir, de dentro afuera. «Algunas veces, dice Chomel, se encuentra la perforacion sobre una ulceracion estensa; otras, pero mas raras, corresponde á una úlcera de dimensiones pequeñas» (*loc. cit.*, p. 128). Tambien puede suceder que la perforacion dependa de la mortificacion de una chapa estampada, cuyo reblandecimiento se verifique á la vez hácia dentro y hácia fuera del intestino. Tambien se han observado casos en que se ha efectuado la perforacion en la túnica serosa, á la sazon que formaba esta la pared delgada y frágil de una úlcera próxima á cicatrizarse. El derrame de las materias contenidas en la cavidad intestinal, las señales de peritonitis, tales como la presencia de pus, de falsas membranas, de adherencias, etc., permiten sospechar fácilmente la causa de tales desórdenes, y por consiguiente encontrar la perforacion (V. *Perforaciones de los intestinos* entre las enfermedades de estos órganos).

»H. *Gangrena.*—Bouillaud ha observado la gangrena de las glándulas de Peyero, que se le ha presentado bajo la forma de escaras bastante secas y de detritus putrilaginoso (*Nosogr.*, p. 103). La caida de las chapas ó glándulas estampadas la consideran Bretonneau y su escuela como un verdadero fenómeno de mortificacion, y para muchos autores son tambien escaras las porciones amarillentas del tejido de las glándulas de que hemos hablado mas arriba.

»J. *Cicatrices intestinales.* — Al abrir los cadáveres de sugetos fallecidos en una época adelantada de la enfermedad, se encuentran algunas úlceras intestinales en camino de cicatrizacion ó ya cicatrizadas, y que todas residen en las inmediaciones del ciego; lo cual prueba «que la naturaleza sigue la misma marcha en la reparacion del desórden que en su produccion» (Louis, t. I, p. 177). Las úlceras que empiezan á cicatrizarse se distinguen de las demas en la depresion de sus bordes, que estan casi al nivel del tejido que forma su fondo y confundidos con él, y en su superficie desigual como sembrada de pezoncillos vasculares. Algunas veces está concluido el trabajo de cicatrizacion en una parte de la ulceracion, aunque sus bordes permanezcan aun desprendidos en otra. «Veíase la cicatriz incipiente en un lado; pero en el otro parecia no poder verificarse por estar desprendidos en una parte del borde de la úlcera la mucosa y el tejido submucoso. En otro caso se veian, en medio de una cicatriz adelantada, restos de la membrana mucosa, especies de islitas, por las cuales se venia en conocimiento de que habian existido muchas úlceras á la vez en la glándula ya cicatrizada, como sucedia en otras muchas que aun no tenian cicatriz» (Louis, t. I, p. 177).

»Otras veces, en los puntos correspondientes á los folículos acumulados, hay una depresion donde la membrana de nueva formacion ofrece algo mas de color que en los demas puntos de la mucosa. Por último, cuando la cicatrizacion está mas adelantada, solo se encuentra ya una superficie mas ó menos deprimida, lisa y lustrosa, cubierta por una película estraordinariamente delgada, trasparente como las membranas serosas, y continua con el tejido submucoso inmediato á la ulceracion» (Louis, página 176). Louis no ha podido ver esta especie de cicatrices, sino en los cadáveres de sugetos que habian muerto despues de los treinta y siete, cuarenta y cuarenta y tres dias de la enfermedad. Por nuestra parte, hemos encontrado muchas veces úlceras dispuestas sin duda alguna á cicatrizarse, que tenian una forma redondeada y los bordes deprimidos y al nivel

de la mucosa inmediata. Toda la superficie ulcerada estaba pálida, blanquecina, descolorida ó presentaba un tinte parduzco. El fondo le formaban las fibras musculares pálidas, blanquecinas, y en época mas adelantada un tejido celular fino, blanco y á menudo como anacarado, que cubria las fibras carnosas, acabando por llenar todo el fondo de la llaga, cuya estension disminuia diariamente. Mas adelante aun solo se nota ya en estos puntos una superficie blanca, lisa, en la que se ven dos ó tres arrugas superficiales. La cicatriz intestinal, muy diferente en esto de la cutánea, en nada se diferencia, por su color y testura, de la membrana mucosa inmediata; pues consta de una membrana mucosa de nueva formacion, que siendo al principio mas blanca, mas lisa y menos vellosa que la mucosa antigua, concluye por parecerse á ella de tal modo, que no es posible distinguirlas entre sí. Chomel y Ginest confirman esta verdad diciendo, que á pesar de las investigaciones que han hecho en sugetos que algun tiempo antes habian tenido fiebre tifoidea, nunca han visto nada que pudiera considerarse como cicatriz antigua de una úlcera intestinal. El estado morboso que hemos descrito con el nombre de punteado negro de la chapa, se ha considerado como un modo de cicatrizacion.

»2.° *Alteracion de los folículos aislados* (llamados impropiamente glándulas de Brunero); *formas granulosa y pustulosa; psorenteria.* La enfermedad de los folículos aislados afecta las mismas formas que la lesion de las chapas acumuladas, y no suele ser mas que una erupcion accesoria. Sin embargo puede constituir por sí sola toda la lesion. Chomel refiere dos observaciones de esta especie (obs. 18 y 19), y nosotros hemos recogido tambien dos hechos semejantes. Los folículos pueden estar: 1.° hipertrofiados, 2.° reblandecidos, 3.° ulcerados, 4.° gangrenados, 5.° cicatrizados. Estudiaremos sucesivamente cada una de estas alteraciones. En cuanto á la hipertrofia tiene dos formas principales: en la una está el folículo simplemente hipertrofiado; en la otra se verifica en él una secrecion plástica, que le asemeja á una pústula grande y á la chapa dura y estampada.

»*Hipertrofia simple.* Se ha llamado *psorenteria* (ψωρα y εντερόν, intestino, sarna del intestino, en razon de la imperfecta semejanza de la erupcion intestinal con las vesículas de la sarna), *miliar intestinal*, *forma granulosa* de la fiebre tifoidea, el desarrollo, en el interior de los intestinos delgados, de un número muy grande de granulaciones blanquecinas, del tamaño de un grano de mijo, que forman una ligera prominencia en la superficie de la membrana mucosa, cuya consistencia en los alrededores de la granulacion permanece en el estado natural. El sitio de la erupcion glandular son los intestinos delgados, en los que ocupa un espacio mucho mas estenso que la enfermedad de las chapas de Peyero Sin embargo estas granulaciones son mas numerosas, y estan mas alteradas, en el último tercio del ileon, que en la parte superior del mismo y del yeyuno. Se encuentran diseminadas en el intervalo de las chapas de Peyero y en los intestinos gruesos. Créese que residen en los folículos aislados, que se han llamado glándulas de Brunero, aunque impropiamente, porque estas no se encuentran mas que en el duodeno; pero todavia reina mucha incertidumbre acerca de este punto de anatomia patológica. Nonat y Serres dicen que las papilas son las que constituyen las granulaciones y no los folículos. Louis no da su opinion (t. I, p. 186); Chomel cree que estan formadas por el infarto de los folículos aislados (*loc. cit.*, p. 189), y esta es tambien la opinion de Andral (*Clinique médicale*, *loc. cit*., p. 507). «¿Quién podrá, dice, desconocer en estos cuerpos los folículos algo mas desarrollados de lo regular?»

»En la primera forma de la enfermedad los folículos, que parecen estar simplemente hipertrofiados, se presentan en el estado de corpúsculos redondeados, blancos ó parduzcos, señalados muchas veces con un punto oscuro ó negro; los cuales tienen una consistencia bastante grande y forman un ligero relieve sobre la superficie de la membrana mucosa, á la que estan muy poco adheridos. Cuando se los divide, se ve que forman un cono compuesto de un tejido blanco y apretado, sobre el cual aparece la mucosa no alterada; algunas veces no se puede distinguir su orificio.

»Hay otra forma patológica, en la que no estan los folículos aislados hipertrofiados solamente, sino que parece contienen un producto segregado, que altera completamente su volumen, su color y su estructura. Efectivamente parecen tubérculos grandes, carnosos, rojizos ó blancos, fungosos, que forman prominencia por encima de la membrana mucosa y tienen de dos á cuatro líneas de ancho. La alteracion que presentan es enteramente análoga á la de las chapas elípticas de Peyero (Louis, p. 186). Háse llamado á esta lesion *forma pustulosa de la fiebre tifoidea*. Andral, que la denomina *exantema granuloso*, ha dado una escelente descripcion de ella. «Se presenta, dice, bajo la forma de granos aislados entre sí, rojos, pardos ó blanquecinos, y que ofrecen muy á menudo en su vértice un orificio, del que fluye por medio de la presion un líquido mucoso ó puriforme. Examinando varios de estos granos, se encuentran algunos en los que no se puede descubrir ninguna señal de orificio; y por el contrario hay otros cuyo orificio se ensancha cada vez mas, y se trasforma en una ulceracion, que empezando por el vértice se estiende poco á poco hasta la base» (*Clin. méd.*, *loc. cit.*, página 506). No deben confundirse estas pústulas con los folículos hipertrofiados: tienen de dos á cuatro líneas de diámetro; son aplastadas, de forma lenticular, y constituyen cha-

pas estampadas pequeñas, que se manifiestan entre las chapas grandes de Peyero.

»Parécenos que hay completa semejanza entre la chapa dura y la hipertrofía del folículo aislado, tal como la acabamos de describir. En ella se ve, como en la primera alteracion, una hinchazon del tejido propio de la glándula, que adquiere asi un volumen no acostumbrado. Las pústulas residen muchas veces al parecer en las glándulas mas pequeñas de Peyero.

»El folículo aislado se reblandece y ulcera mas fácilmente que los folículos aglomerados; pero la causa de esta diferencia se ignora todavia. Cuando se verifica el reblandecimiento, se ulcera la mucosa que cubre al folículo, y la materia contenida en su interior sale bajo la forma de raiz «que se desprende ordinariamente por completo y de un modo fácil, no dejando, como en las ulceraciones que se desarrollan en los folículos aglomerados, señal alguna de la primera alteracion» (Chomel, *loc. cit.*, p. 80).

»La ulceracion de los folículos solitarios empieza por los que estan mas próximos á la válvula ileo-cecal. Se la conoce por su forma esactamente redonda, circular, y por sus bordes cortados perpendicularmente como con un sacabocados; el color de estos bordes y el estado de las membranas subyacentes no se diferencia de las lesiones que se observan en las glándulas de Peyero. No son el reblandecimiento y la ulceracion terminaciones necesarias: tambien es posible la resolucion, y se verifica con mucha mas frecuencia que en las glándulas aglomeradas. El folículo hipertrofiado y reblandecido puede dar lugar á una perforacion, la cual se observa algunas veces en los intestinos gruesos.

»*Lesion de los folículos aislados en enfermedades distintas de la fiebre tifoidea.*—Se observa la hipertrofia de las glándulas aisladas en el cólera asiático, con alteracion de las glándulas de Peyero ó sin ella, simulando enteramente la que se observa en los sugetos atacados de fiebre tifoidea. Sin embargo si se examina atentamente esta alteracion, se ve que difiere de la que nos ocupa, en que no estan atacadas las glándulas mesentéricas y no se encuentran chapas duras ni blandas, ni ulceracion ni escaras en las glándulas de Peyero.

»*Tubérculos de las chapas y de los folículos.*—En los tísicos que mueren en una época muy adelantada de la enfermedad, no es raro encontrar los folículos aislados hipertrofiados, llenos de una materia consistente y blanquecina; en una palabra, tuberculosos. En una observacion recogida en sus salas por uno de nosotros, y que es un ejemplo curioso de tuberculizacion de los folículos aislados y acumulados, se hallaban muy manifiestos todos los caractéres de esta doble alteracion. Las glándulas de Peyero de la parte inferior del ileon eran las mas alteradas, y estaban muy abultados los folículos que las componen. Algunos tenian el volumen de un grano de mijo, otros el de un cañamon. Cuando se los cortaba, salia de ellos una materia blanquecina evidentemente tuberculosa. En muchas glándulas se habia verificado parcialmente la fusion de estos singulares tubérculos de las criptas acumuladas, y se encontraban en la misma glándula, y particularmente en su centro, tres ó cuatro ulceraciones, muy cerca de otras glándulas que estaban todavia llenas de materia tuberculosa cruda ó ya reblandecida. Las ulceraciones que habian sucedido á la fusion de los tubérculos, eran muy numerosas en las glándulas de Peyero y en los folículos aislados, y habia dos muy anchas y negruzcas en la válvula ileo-cecal. En este punto se habian destruido las glándulas de Peyero, y la túnica celulosa formaba el fondo de las úlceras. Observamos tambien que los tubérculos de los folículos, tanto aislados como acumulados, se hallaban en estado de crudeza y contenidos aun en los folículos hácia la parte superior del ileon; al paso que cerca de la válvula apenas se encontraban algunos, porque todos se habian separado y dejado en su lugar ulceraciones ó restos de materia tuberculosa. Parece, pues, que la erupcion tuberculosa se habia verificado de abajo arriba, como la erupcion dotinentérica en la fiebre tifoidea. La ligera descripcion que acabamos de trazar, basta para dar á conocer las capitales diferencias que hay entre la hipertrofia de los folículos y su tuberculizacion. Las glándulas del mesenterio estan á menudo tuberculosas: en nuestro enfermo una sola glándula voluminosa contenia una materia cretácea, y otra tuberculos. Chomel describe en términos análogos las alteraciones tuberculosas que ha observado en las glándulas intestinales de los tísicos: las ha visto desarrollarse del centro á la circunferencia de la glándula; de manera que en el centro solia haber tres ó cuatro ulceraciones, y en la circunferencia aun no estaba reblandecida la materia tuberculosa (*loc. cit.*, p. 210).

»En la psorenteria que acompaña al cólera asiático son los folículos escesivamente numerosos, casi se confunden, como dice Louis; al paso que en la dotinenteria nunca son tan confluentes: ademas se encuentran tambien en toda la longitud de los intestinos delgados. Louis ha visto las glándulas solitarias desarrolladas, blanquecinas ó sonrosadas, en tres sugetos que habian muerto de escarlatina (*loc. cit.*, p. 198). Las glándulas de Peyero estan á veces al mismo tiempo hipertrofiadas y de un color rojizo.

»*Gánglios mesentéricos. Adenitis mesentérica tifoidea.*—Cuando hay glándulas hipertrofiadas, endurecidas ó reblandecidas, en los intestinos delgados, estan los gánglios mesentéricos constantemente alterados en su volumen, color y consistencia. Obsérvase que los gánglios afectados corresponden principalmente á las partes de los intestinos delgados en que hay mas glándulas enfermas; por consiguiente en el mesenterio ileo-cecal, y cerca del ciego con particu-

laridad, es donde se encuentran los gánglios mas alterados. Las numerosas variedades que presenta la alteracion, parecen depender del período a que ha llegado la enfermedad.

»En el primer grado de esta, y en sugetos muertos del octavo al décimo quinto dia, los gánglios mesentéricos estan hipertrofiados; tienen el volumen de una haba, de una avellana y aun de una nuez; su color es de rosa bajo, amaranto y rojo mas subido; á veces jaspeado de manchas rojas, ó manchado con equimosis pequeños. Al mismo tiempo está disminuida su consistencia, pues se aplastan fácilmente con el dedo. Bouillaud compara la sustancia ganglíonica al parenquima del testículo ó al tejido erectil, sobre todo cuando hay alguna cantidad de sangre infiltrada en el parenquima de los gánglios inyectados y reblandecidos (*loc. cit.*, p. 105).

»En época mas adelantada, es decir, del décimoquinto al vigésimo dia, el volumen y el reblandecimiento de los gánglios aumentan todavia mas; su color se conserva sonrosado ú oscuro, y Louis ha observado en muchos de ellos manchas amarillentas, que no titubea en considerar como indicio de una supuracion incipiente (*loc. cit.*, p. 238).

»En los sugetos que han pasado veinticinco ó treinta dias de enfermedad la rubicundez y la inyeccion disminuyen lentamente. Louis dice que ha visto los gánglios correspondientes á las glándulas ó chapas elípticas, ya de color de rosa ó rojo violado mas ó menos subido, ya pardos, azulados ó amoratados (*loc. cit.*, p. 239). Encuéntrase tambien pus infiltrado en el tejido glandular, en cuyo caso se ven chapas amarillas, pardas ó blanquecinas, en los puntos en que existe tal infiltracion. Louis ha visto muchas veces la materia purulenta reunida en focos pequeños; pero Chomel no la ha observado jamás enteramente fluida como en los abscesos. En un caso, comprimidas las glándulas, salia de ellas un fluido espeso glutinoso, semejante á las mucosidades que suministra la membrana pituitaria (*loc. cit.*, p. 202). En nueve enfermos muertos despues del dia treinta, y observados por Louis, dominaban los colores violado, pardo y azulado; la hipertrofia y el reblandecimiento habian disminuido notablemente. Cuando se ha completado ó está próxima á efectuarse la cicatrizacion de las úlceras intestinales, los gánglios, segun Bouillaud, estan medio atrofiados, violados, parduzcos ó pálidos, y mas bien duros que reblandecidos (*loc. cit.*, p. 106). Igual observacion ha hecho Chomel.

»De 42 casos examinados por Chomel, en 14 estaban los gánglios mesentéricos hipertrofiados, y empezaban á reblandecerse y á supurar, del sétimo al vigésimoquinto dia; se hallaban muy reblandecidos del décimo al trigésimosesto dia en 12 casos; llenos de un líquido semejante al moco á los veintiun dias, en un caso; rojos, voluminosos y duros pasados los diez y nueve dias, en 10 casos; de volumen mediano y azules, violados ó negros, despues de los diez y siete dias, en 3 casos (*loc. cit.*, p. 203). Nunca se los ha visto ulcerados. Louis halló en un caso una glándula mesentérica inmediata al ciego, convertida en una especie de cáscara llena de pus.

»Resumiendo diremos: que los gánglios mesentéricos se alteran de una manera constante en las inmediaciones de las glándulas de Peyero enfermas, y que su alteracion sigue los progresos de la lesion de los folículos; aumenta ó disminuye con ellos; se desarrolla en los puntos del mesenterio mas próximos al ciego, progresando luego hácia la parte superior de los intestinos delgados. En cuanto á la naturaleza de la lesion parece ser inflamatoria: al principio consiste en la hipertrofia del tejido glandular, que se pone rojizo, se ablanda y se infiltra de materia purulenta, y á veces se endurece. Mas adelante pierde la glándula su volumen preternatural, y como todos los órganos glandulares, ni se decolora ni recobra su testura y consistencia naturales hasta pasado mucho tiempo: algunas veces continúa atrofiada y dura despues de la curacion. Los colores apizarrado, negruzco ó pardo, anuncian el fin del trabajo morboso.

»¿Pudiera decirse que la intensidad de las lesiones del aparato glandular está en razon directa de la alteracion de los folículos intestinales, y que hay entre ellas una perfecta correlacion? Asi lo cree Andral (*loc. cit.*, p. 600). Sin embargo, se encuentran muchas escepciones de esta ley. Chomel ha visto supurados los gánglios en un sugeto, cuyo intestino solo tenia chapas no ulceradas, y en el mismo caso se hallaba la lesion glandular de otro, aunque este ofrecia ya seis ulceraciones (p. 203). Podriamos citar muchos hechos de esta especie observados por nosotros mismos. Estos hechos prueban que la enfermedad de las glándulas mesentéricas, aunque subordinada á la lesion de los folículos, puede recorrer sus períodos con mas ó menos rapidez, y que la supuracion depende de la inflamacion glandular, y no de la absorcion del pus en la superficie de las ulceraciones intestinales; porque estas pueden faltar y encontrarse sin embargo gánglios supurados.

»*Naturaleza de la lesion.*—La ulceracion de las glándulas es de naturaleza inflamatoria; sin que esto quiera decir que la lesion intestinal tenga el mismo carácter. Los que admiten esta opinion, que es tambien la nuestra, no incurren en la patente contradiccion de que los acusa Forget (ob. cit., pág. 113). La lesion de las glándulas del mesenterio es enteramente semejante, segun nuestro modo de ver, á la que se observa en las glándulas de los que se han pinchado disecando, ó de los que tienen una escoriacion en los dedos, un impetigo ó un favus en la piel del cráneo. Estas glándulas hipertrofiadas son tambien á nuestro entender análogas á los bubones, situados en las inmediaciones de una úlcera venérea ó de un gan-

glio infartado en los que padecen de muermo. En todos estos casos las glándulas linfáticas se hipertrofian, se ablandan y supuran, en una palabra, se inflaman, y sin embargo nadie se atreveria á decir que la escoriacion, la úlcera, las picaduras, etc., eran inflamaciones de la piel ó de la membrana mucosa, á no entregarse ciegamente al imperio de consideraciones teóricas. Repetimos pues, que si es imposible dejar de ver en la enfermedad de los gánglios una *inflamacion*, una *ganglionitis mesentérica consecutiva á la lesion de los folículos aislados*, no se ha de concluir de aqui que la enfermedad intestinal sea de la misma naturaleza que la de los gánglios. Ademas no podemos asegurar que la adenitis mesentérica sea siempre un resultado del trabajo morboso que se verifica en las glándulas ó chapas elípticas; pues aunque estamos muy dispuestos á admitir que tal es su causa mas comun, tampoco desechamos enteramente la opinion de los que creen que concurre á la produccion de la adenitis la absorcion de los productos retenidos en los intestinos ó segregados en la superficie de las glándulas aglomeradas, reblandecidas ó ulceradas: el envenenamiento general que sobreviene á consecuencia de esta absorcion, les parece una presuncion muy fundada en favor de sus doctrinas (V. NATURALEZA).

»*¿Es constante en la fiebre tifoidea la alteracion de las glándulas de Peyero*? Louis y otros muchos médicos sostienen, que la lesion de las glándulas de Peyero es propia de la afeccion tifoidea y constituye su carácter anatómico, como el tubérculo el de la tisis pulmonal (*loc. cit.*, p. 199). Antes de empezar la discusion empeñada sobre este punto, que solo queremos estractar, es necesario hacer algunas esplicaciones. Desde luego convienen todos, en que solo falta en un corto número de casos y de un modo casi escepcional la lesion de los folículos acumulados ó solitarios, cuando se han observado síntomas manifiestos y marcados de una fiebre tifoidea. Supongamos ahora que en un caso particular no haya dejado ninguna duda durante la vida el diagnóstico de la enfermedad, y no se encuentre la lesion despues de la muerte. ¿Diremos que los síntomas han sido infieles, ó sostendremos que no nos han engañado y que falta el caracter anatómico? Confesamos que si tuviesemos que optar entre los síntomas y la lesion, nos decidiriamos muy pronto; porque bajo el punto de vista de la certidumbre médica, ¿qué vale el síntoma patognomónico mas constante en comparacion de la lesion anatómica? Para no citar mas que un ejemplo, fijémonos en el estertor crepitante de la neumonia: supongamos que despues de haberle oido una y aun muchas veces no se encuentre en el cadáver ninguna de las lesiones propias de la pulmonia; ¿se dirá que los síntomas no nos han engañado, sino que la lesion es incierta ó fugaz? Ciertamente que no. Se buscará la causa del error; se le esplicará por una bronquitis capilar, una congestion ó de cualquier otra manera; pero nadie se atreverá á asegurar que ha habido pulmonia. En la fiebre tifoidea pueden faltar uno ó mas síntomas de los mas importantes, sin que deje de existir la enfermedad; y por el contrario pueden simularlos hasta cierto punto los de otras afecciones, y un observador concienzudo y atento se guardará de asegurar que ha existido semejante fiebre, cuando no pueda encontrar su caracter anatómico.

»Chomel no ha observado de cinco años á esta parte un solo sugeto, en quien no haya visto confirmada la lesion intestinal, cuando se habian manifestado los síntomas de la fiebre tifoidea durante la vida. Sin embargo no es enteramente de la opinion de Louis, y cree que es preciso tomar en consideracion los hechos referidos por algunos autores, que no han encontrado la lesion de los intestinos. «Añádase á esta consideracion, dice, que si como hemos visto, algunos sugetos que sucumben sólo ofrecen un corto número de glándulas de Peyero afectadas, dos, una, y aun solamente parte de una; este decremento progresivo en la estension de la lesion disminuye manifiestamente su importancia, y conduce por grados á su falta total. Y por otra parte, ¿á qué especie de enfermedad referiremos los pocos hechos, en que durante la vida han existido los síntomas de la fiebre tifoidea, y no se ha encontrado despues de la muerte la lesion acostumbrada?» (*loc. cit.*, p. 528). Esta grave autoridad merece tenerse en cuenta, antes de decidirse acerca del particular.

»Valleix ha sometido á una crítica severa é ilustrada los hechos de fiebre tifoidea sin la alteracion de las glándulas de Peyero, cuya relacion nos han trasmitido los autores, y desde luego demuestra que la mayor parte de estos hechos se han recogido en una época, en que estaban poco familiarizados los médicos con el estudio de las fiebres tifoideas y de su lesion, y que son insuficientes sus pormenores necroscópicos. (*Considerations sur la fievre typhoide et principalement sur la determination de ses caractéres anatomiques esentiels*, en *Arch. gén. de méd.*, t. IV, p. 69; 1839). Obsérvese en efecto, que hace poco no se conocia bien la historia de las flebitis internas, de la puohemia, del muermo y de las reabsorciones purulentas y sépticas, y mas de una vez se han confundido estas afecciones latentes ó mal caracterizadas, con la fiebre tifoidea; de modo que no es de admirar que no se haya encontrado la alteracion de las glándulas de Peyero.

»Valleix «solo encuentra en las observaciones de Andral un hecho, que pueda oponerse á los autores que consideran como característica la lesion especial de las glándulas» (mem. cit., p. 80). Los enfermos de las observaciones referidas por Andral tenian diversas afecciones locales (erisipela, gangrena esterior, flebitis, etc.), y sucumbieron con síntomas tifoi-

deos (*Cliniq. médicale*, páginas 314 y 490).

»Bouillaud, que cuando escribia el tratado de las fiebres esenciales opinaba que podia faltar la lesion intestinal, sostiene en el dia que «el elemento esencial y fundamental de la calentura tifoidea consiste en la inflamacion de los folículos acumulados y aislados de la membrana mucosa de los intestinos» (*Nosogr.*, *loc. cit.*, p. 93): tal es tambien la opinion de Forget (*loc. cit.*, p. 521) y de la mayor parte de los médicos.

»No podemos resistir al deseo de trascribir un pasage notable de Louis que trata de esta cuestion. «Aunque estuviera demostrado, dice, que las chapas elípticas no estaban alteradas (en un enfermo cuya observacion cita), en nada disminuiria este hecho la certeza de los caractéres anatómicos atribuidos á la afeccion tifoidea, y de ningun modo probaria que esta es independiente de la alteracion de las glándulas de Peyero. ¿No vemos frecuentemente, sobre todo en los jóvenes, casos en que una afeccion simula muy bien los síntomas de otra? ¿por qué pues no ha de suceder en la fiebre tifoidea lo que se verifica en otras enfermedades?» Observaremos no obstante, que en la fiebre tifoidea la lesion del intestino no es mas que una manifestacion local, un efecto de la enfermedad general, como el grano en las viruelas, y las manchas rojas en la escarlatina y en el sarampion; de modo que se concibe que en casos muy raros, si se quiere escepcionales, puede ser muy ligera, y aun faltar enteramente la erupcion intestinal (V. la *definicion de la fiebre tifoidea*).

»*Desarrollo y modo de sucederse las alteraciones patológicas de las glándulas de Peyero y de los folículos solitarios.*—Los autores han formulado dos opiniones muy diferentes acerca de los desórdenes cadavéricos que produce la fiebre tifoidea: unos sostienen que la lesion anatómica sigue períodos regulares y que poco mas ó menos son siempre idénticos; otros, por el contrario, afirman que respecto de este punto se observan las mayores variedades.

»Bretonneau es quien mas ha insistido en los hechos que militan en favor de la primera opinion; compara la enfermedad de las glándulas con las viruelas, y la considera como un verdadero exantema intestinal, cuyas fases todas asegura haber observado. Al quinto dia se encuentran, dice, las glándulas de Peyero situadas cerca de la válvula de Bauhino, hipertrofiadas ya en todos sentidos y formando un relieve muy manifiesto; al mismo tiempo los gánglios del mesenterio tienen el volumen de una avellana y su tejido está teñido de color de rosa. Los dias siguientes hasta el noveno las glándulas de Peyero adquieren un volumen considerable; sus bordes estan prominentes y redoblados; su tejido es rojo, fungoso, reblandecido y desigual, pero sin ninguna erosion: en las glándulas del mesenterio se observa mas tumefaccion y mayor reblandecimiento. Si el enfermo se agrava todavia mas, se encuentran al décimo dia las glándulas de Peyero rojas, engrosadas y carnificadas (chapas duras), las glándulas linfáticas rojas y menos voluminosas; el undécimo ó duodécimo dia se manifiestan ulceraciones en las glándulas conglomeradas; el décimotercio y décimocuarto, aun adquiere la glándula mayor volumen, su tejido es amarillento, completamente desorganizado, y aparece en una especie de estado gangrenoso; de los quince á los diez y seis dias se levanta la escara; los gánglios tienen un color rojo viscoso y se reducen á papilla con la presion; las chapas fungosas se gangrenan, se ulceran; otras pueden resolverse. A los diez y siete ó diez y ocho dias empieza la cicatrizacion; los bordes de la úlcera se deprimen y el fondo se eleva. A los treinta dias se ha completado la cicatrizacion; pero algunas úlceras persisten todavia hasta los cuarenta dias. Las glándulas de Brunero esperimentan alteraciones semejantes.

»Cuando el exantema no recorre todos sus períodos, sino que entra en resolucion, lo que sucede hácia el dia décimo, la hinchazon de las glándulas y de los gánglios disminuye diariamente, y á los catorce apenas se puede comprobar otra lesion, que una rubicundez ligera de los puntos que han estado inflamados y algo de opacidad en los intestinos; los gánglios del mesenterio pueden permanecer rojos hasta el dia cuarenta. La descripcion que antecede, sacada de una memoria de Trousseau, reproduce fielmente la doctrina de Bretonneau, á quien pertenece el honor de haber difundido en cierto modo las ideas de Roederer y Wagler, de Petit y de Serres (*De la maladie à laquelle M. Bretonneau a donné le nom de dothinenterie*; *Arch. gén. de méd.*, t. X, páginas 67 y 166; 1826).

»Resulta, pues, que segun el médico de Tours, la lesion anatómica recorre sus períodos de un modo bastante regular, para poder señalarles una duracion rigorosa. Mas no podemos menos de decir, que si la ingeniosa asimilacion hecha por Bretonneau, del exantema intestinal con el exantema cutáneo, es una verdad respecto á la lesion anatómica; no sucede lo mismo cuando se trata de poner en armonia los diferentes cambios que presenta con el tiempo que tarda en recorrer sus períodos. Los pormenores en que vamos á entrar no dejan la menor duda acerca de este punto, demostrando que si puede establecerse de un modo general, que la enfermedad de las glándulas intestinales pasa algunas veces, como todas las lesiones, por los períodos de hipertrofia, de reblandecimiento, de ulceracion y de cicatrizacion, no sucede siempre lo mismo, y es contrario á la observacion pretender que semejantes fases tengan una duracion determinada. Tal es la opinion que manifiesta Andral cuando dice: «El exantema no puede recorrer en su desarrollo y en su terminacion períodos tan fijos como se ha pretendido. Una vez desarro-

llado, no termina necesariamente ni por la gangrena ni por la úlceracion, y cuando tal se verifica, no es siempre en un tiempo dado» (*loc. cit.*, p. 519). Indiquemos ahora los períodos de la enfermedad, en que se han comprobado las diferentes alteraciones de las glándulas intestinales.

»La hipertrofia simple de la mucosa, con ó sin punteado negro, se manifiesta muy al principio y en la convalecencia completa del mal. En los casos graves en que han estado enfermas todas las glándulas, ocupa el principio de los intestinos delgados; de manera que se puede considerar que esta alteracion marca la invasion ó la resolucion de la enfermedad. Se ha tratado de averiguar, si la lesion de que se trata es un grado de la alteracion llamada chapa dura ó blanda ó del estado reticular; si puede ulcerarse, etc.; pero no se han resuelto estas cuestiones. Sea como quiera, conviene observar que esta hipertrofia se manifiesta en otras enfermedades diferentes de la afeccion tifoidea, y en las que no se encuentran jamás las demas lesiones características, que presentan las glándulas intestinales aglomeradas en la especie de calentura de que nos estamos ocupando.

»En un sugeto muerto en el sétimo dia, y cuya observacion refiere Chomel, las glándulas de Peyero estaban estampadas y no ulceradas (obs. 1.ª, p. 64); en otros dos muertos al octavo dia estaban rojas, engrosadas, reblandecidas, pero tampoco ulceradas (Louis, t. I, p. 69). Desde el octavo al duodécimo dia es cuando ordinariamente se manifiestan las úlceraciones de las glándulas estampadas ó blandas. De nueve sugetos observados por Chomel, cuatro habian muerto desde el octavo al duodécimo dia, y solo ofrecieron glándulas estampadas ó infarto de los folículos aislados sin ulceracion; cinco, en quienes se habia verificado la muerte del noveno al décimotercio dia, tenian ya ulceradas algunas chapas (p. 76). Chomel ha inferido de los hechos observados por él y por Louis, que del noveno al duodécimo dia es cuando se empiezan á ulcerar las glándulas estampadas. Nosotros hemos comprobado esta lesion en cuatro enfermos, que habian muerto antes del dia catorce de la enfermedad. Sin embargo, Boudet ha recogido recientemente una observacion de fiebre tifoidea, en la que murió el enfermo en menos de seis dias y presentó ulceraciones intestinales profundas (*Arch. gén. de méd.*, t. XI, p. 161; 1840); pero estos casos son raros. Siempre ha visto Louis las ulceraciones despues del octavo dia, y este hecho se halla positivamente asentado con arreglo á una suma de noventa y dos autopsias hechas por Louis y por Chomel. Lo que decimos de las glándulas acumuladas se aplica tambien á los folículos aislados.

»¿La glándula intestinal dura, está necesariamente destinada á reblandecerse y á ser eliminada del sitio que ocupa, dejando en su lugar una ulceracion? Ya hemos visto que no es esta siempre su terminacion. Preciso es confesar que las glándulas intestinales duras tienen una propension funesta al reblandecimiento y á la ulceracion. Pero sin embargo, se puede afirmar que el infarto de los folículos es susceptible de terminar por resolucion, como la hipertrofia de las demas glándulas; aunque observaremos que esta feliz terminacion debe ser muy rara. Louis la cree bastante dudosa, habiendo observado que los sugetos muertos del octavo al décimoquinto dia de la afeccion presentan con mas frecuencia las glándulas duras, que los que fallecen despues del dia treinta; de donde deduce que semejante lesion debe ser mas peligrosa que las demas (*loc. cit.*, p. 180). Sin embargo, repetimos que es posible la resolucion de las chapas estampadas, y Chomel, que admite esta terminacion, la ha visto en un grado muy avanzado á los veinte dias, al paso que en otros casos apenas habia principiado despues del dia 30 (*loc. cit.*, página 168).

»La ulceracion intestinal que sucede al reblandecimiento de las chapas, persiste durante un tiempo que es imposible determinar; la cicatrizacion puede hacerse esperar muchos meses, segun las disposiciones particulares en que se encuentre el sugeto, el régimen y el tratamiento á que esté sometido, etc.

»La hipertrofia del folículo aislado precede en su desarrollo al reblandecimiento, á la ulceracion y al estado pustuloso, y puede terminar por resolucion.

»La ganglionitis mesentérica sigue sus períodos con bastante regularidad: despues de la hipertrofia, la rubicundez y la friabilidad, que se observan del octavo al décimoquinto dia, se encuentra del décimoquinto al vigésimo una hipertrofia mas considerable de las glándulas, que adquieren un color rojo mas subido y alguna vez se ponen amarillentas. La supuracion, el color apizarrado, pardo ú oscuro, y la induracion, se manifiestan del dia veinte al treinta de la enfermedad y aun mas adelante (Louis, *loc. cit.*, p. 238).

»Si no es posible, sin faltar á la exactitud, describir dia por dia el curso de la lesion glandular de los intestinos, y fijar la duracion de cada uno de los cambios patológicos que sobrevienen, está á lo menos reconocido por todos los médicos, que la lesion intestinal afecta constantemente un sitio de eleccion, á saber: 1.º reside esclusivamente en los folículos acumulados y aislados del yeyuno y del ileon; 2.º empieza en las chapas mas próximas á la válvula de Bauhino, desde donde sucesivamente y de abajo arriba va invadiendo los demas folículos, poco mas ó menos del mismo modo que se desarrollan los tubérculos pulmonales sucesivamente desde el vértice á la base del pulmon; 3.º es siempre mas profunda y mas marcada hácia el fin del ileon que en las demas partes, aun en los casos en que se es-

tiende á todas las glándulas intestinales. Chomel ha indicado muy bien el curso sucesivo que sigue la dotinentéria. «Quizá, dice, nunca sucede que todos los folículos esten desde el principio afectados simultáneamente; sino que primero se observa la lesion mas marcada en las glándulas mas cercanas á la válvula ileocecal. Examinando á los pocos dias de enfermedad las chapas ó folículos del resto de los intestinos delgados, se los encuentra tanto menos alterados, cuanto mas lejos estan de la válvula. Ni aun es raro encontrarlos enteramente en estado normal á la distancia de uno ó dos pies por encima del ciego, cuando el sugeto ha sucumbido muy á los principios. Mas adelante, del décimo al décimoquinto dia, se encuentran ordinariamente las glándulas estampadas y los folículos en un grado de alteracion mas adelantado; y al propio tiempo los que estan mas cerca de la válvula espresada, han empezado á esperimentar algunas de las alteraciones que siguen al infarto.» (*loc. cit.*, p. 63). La resolucion y la alteracion de las glándulas del mesenterio siguen el mismo curso que en los folículos, es decir, que se afectan primero las glándulas mas próximas al ciego, y que seguidamente progresa la alteracion de abajo arriba.

»Antes de acabar la historia anatómico-patológica de los folículos intestinales, debemos hacer mencion de una singular opinion emitida por Guillot. Niega la existencia de las glándulas de Peyero y de Brunero, y sostiene que la alteracion que se ha creido residir en estas glándulas no afecta mas que á las vellosidades, que estan destruidas en una estension variable (*Sobre la membrana mucosa del conducto digestivo*; *l'Esperience*, n.º 11, diciembre 1837).

»Aun suponiendo que los anatómicos se hubiesen equivocado, confundiendo las glándulas de Peyero con una simple alteracion de la membrana mucosa, no por eso quedaria menos asentado el hecho de la existencia de una alteracion patológica constante. Efectivamente, que las chapas de Peyero ó de Brunero sean ó no glándulas, siempre será cierto que en la fiebre tifoidea la lesion afecta ciertas partes de los intestinos; toma una forma bien determinada, que en nada se parece á la que se observa en las demas enfermedades, como por ejemplo en una enteritis simple, aguda ó crónica. En este sentido se espresa Valleix en un pasage en que refuta la opinion de que nos ocupamos, y sostiene que la lesion reside en las chapas. «Seriamos, dice, muy dichosos, si siempre tuvieramos caractéres anatómicos tan marcados» (*La fiebre typhoïde et l'inflammation de la fin de l'ileon sont-elles des maladies distintes?* tésis de oposicion, p. 20, en 4.º; Paris, 1838).

»*De la membrana mucosa de los intestinos delgados.*—Pasemos ahora á estudiar separadamente el estado en que se encuentra la membrana interna de los intestinos delgados alrededor de las chapas y en sus intervalos. Una de las particularidades mas curiosas de la alteracion de las glándulas acumuladas y aisladas es la de estar sana la membrana mucosa alrededor de las chapas; el trabajo morboso se concentra en estos órganos, y rara vez sale del círculo en que está circunscrito. De las observaciones hechas por Louis y Chomel, á las cuales se nos permitirá añadir 30 casos recogidos por nosotros, resulta que la túnica mucosa conserva comunmente su color y consistencia naturales alrededor de las glándulas induradas ó reblandecidas, y contrasta por su integridad con la desorganizacion de los folículos. Las mismas ulceraciones que provienen del reblandecimiento de las glándulas de Peyero ó de los folículos aislados, estan rodeadas de membrana mucosa exenta de toda alteracion. Tenemos á la vista en este momento muchas piezas anatómico-patológicas, en las que forman los folículos acumulados enormes prominencias fungosas que sobresalen del intestino, y otras con ulceraciones dispuestas á cicatrizarse, y sin embargo la membrana circunyacente está pálida y no participa de las alteraciones inmediatas. No obstante, en un corto número de enfermos se ha presentado la mucosa roja, con los capilares inyectados, ó teñida de un color rojo oscuro, reblandecida, y en una palabra con varios desórdenes, debidos evidentemente á un trabajo patológico determinado por la enfermedad de la chapa. Este caso se presenta rara vez, cuando la muerte se ha verificado muy pronto, como por ejemplo del noveno al décimocuarto dia. Hemos abierto muchos cadáveres de sugetos que habian sucumbido en el segundo y tercer septenario, y siempre hemos encontrado la membrana mucosa inmediata tanto mas exenta de alteracion, cuanto mas enfermas estaban las glándulas y la enfermedad menos adelantada

»Las alteraciones que ofrecen los intestinos delgados en el intervalo de las glándulas consisten en cambios de color, de grueso y de consistencia, de la membrana mucosa. El color rojo de esta se presenta, bajo la forma de chapas mas ó menos estensas é irregulares, debidas á la inyeccion de los capilares mas pequeños, á la arborizacion de vasos considerables ó á una especie de imbibicion sanguínea. En una palabra en la coloracion roja se encuentran los diferentes caractéres de los colores cadavéricos y por imbibicion. Louis solo ha visto la coloracion roja en la tercera parte de los sugetos. Por lo comun es parcial, y entonces se observa con mas frecuencia hácia el fin de los intestinos delgados que en las demas partes. La rubicundez parcial se observa tambien bastante á menudo en los bordes de las válvulas conniventes, que tienen un color de granate, sin que la túnica haya perdido su consistencia natural. Esta rubicundez ocupa un espacio de una á dos líneas y á veces mas, y despues cesa repentinamente, para volver á presentarse algo mas lejos por zonas ó por chapas. Una vez limpias

las válvulas de la materia amarilla que las tiñe, se ve fácilmente que la rubicundez depende de una inyeccion capilar muy fina, acompañada ó no de una arborizacion mayor. Algunas veces se consigue sacar por espresion un líquido sanguíneo rojo, enteramente semejante a la sangre arterial. La rubicundez por chapas ó por zonas es mas comun hácia la última porcion de los intestinos delgados. Chomel dice que la coloracion ocupa este sitio por ser el punto mas bajo (*loc. cit.*, p. 245).

»Entre las coloraciones rojas parciales que ofrece el intestino, hay una que se diferencia de todas las demas por su forma y su naturaleza. Depende de un derrame de sangre en la membrana mucosa, que está teñida de color rojo ó negruzco. «Parece como si hubiera una capa de gelatina negra, roja ó sonrosada, estendida en la superficie de la mucosa con su aspecto brillante y tembloroso» (Chomel, p. 252). Comprimiendo con un escalpelo la membrana enrojecida se la puede hacer trasudar un fluido rojo y abundante. En un sugeto muerto de hemorragia intestinal durante el curso de una fiebre tifoidea, hemos encontrado toda la mucosa de la terminacion del ileon teñida de color rojo violado, debido á una hemorragia de las membranas internas: tambien estaba la sangre estravasada en las demas túnicas. En algunos casos la rubicundez por hemorragia intersticial está situada alrededor de una ulceracion, que ha dado origen al flujo sanguíneo.

»La membrana mucosa puede conservar su color blanco en toda su estension ó parcialmente; siendo el primer caso mucho mas raro que el segundo. Louis ha observado principalmente este color natural en los enfermos que habian muerto en un período poco adelantado de la enfermedad (*loc. cit.*, p. 164). Nosotros lo hemos encontrado en un enfermo muerto de una hemorragia intestinal, causada por la ulceracion de una glándula de Peyero. Tambien se hace notar parcialmente el color natural de la mucosa, alrededor de las chapas, y en las inmediaciones de las demas partes mas ó menos teñidas de rojo.

»El color pardo ó apizarrado de la membrana interna solo existe en los sugetos que han muerto despues del vigésimo dia; lo cual indica que semejante color es una trasformacion del rojo. Se observa en la membrana mucosa, del mismo modo que en las glándulas mesentéricas y en las chapas elípticas del ileon y del estómago (Louis, p. 165). El color amarillo que se advierte en la parte superior del intestino, depende de la presencia de las materias biliosas de que se impregnan los tejidos.

»La consistencia de la membrana interna puede ser natural. De 42 casos citados por Louis, solo en nueve tenia la consistencia ordinaria toda la mucosa de los intestinos delgados; en trece estaba mas ó menos disminuida en toda la estension de los mismos; en veinte lo estaba en sus tres cuartas partes ó en su última porcion. Este reblandecimiento, que no viene acompañado ni de rubicundez ni de engrosamiento, no le parece á Louis de naturaleza inflamatoria (*loc. cit.*, p. 169): le hemos observado rara vez en las autopsias que hemos practicado; solo podemos contar tres casos de treinta, y en esos era parcial, limitado á la terminacion de los intestinos delgados, y manifiestamente debido á la presencia de los líquidos, á la imbibicion ó estancacion cadavéricas.

»Dice Bouillaud haber encontrado frecuentemente una inflamacion de la membrana mucosa, que se caracteriza durante el primer período por la rubicundez y el engrosamiento; mientras que el adelgazamiento, la palidez y la descoloracion pertenecen al segundo (*loc. cit.*, p. 96). Para decidir esta cuestion, apelamos á todos los que han practicado muchas autopsias, y estamos convencidos que, si separan como agenos de la flegmasia las rubicundeces y reblandecimiento por estancacion, por imbibicion ó por descomposicion cadavérica, quedará muy poco que atribuir á la inflamacion; la cual efectivamente en esta enfermedad solo es accidental y consecutiva á la lesion de las glándulas de Peyero, y eso en un corto número de casos.

»Los intestinos delgados presentan algunas veces esteriormente manchas azuladas, verdes ó rojas, que corresponden á chapas acumuladas, á ulceraciones, á equimosis ó á colores interiores de la misma naturaleza. Vénse tambien los intestinos distendidos por gases é invaginados en algunos casos bastante raros.

»*Las materias contenidas en los intestinos delgados*, *son:* 1.º un líquido amarillento verdoso, ó rojo, de naturaleza evidentemente biliosa, muy abundante y que ejerce una reaccion alcalina muy fuerte, segun hemos observado muchas veces; 2.º una gran cantidad de moco amarillento, mas abundante en las partes superiores que hácia el ciego; 3.º un líquido sanioso, rojizo, sanguinolento ó negruzco; 4.º algunas veces cuajarones negros, semejantes á la gelatina de grosella ó á la sangre pura. «De la reunion de muchos de los líquidos derramados en el tubo intestinal resulta ordinariamente una especie de magma ó papilla de color pardusco, negruzco ó amarillento, que en general exhala un olor fetidísimo» (Bouillaud, *Nosog.*, p. 104): 5.º puede haber materias fecales, adheridas á las glándulas reblandecidas ó á las úlceras, tiñéndolas de un color amarillo ó pardo: con frecuencia es menester lavar con mucha agua y aun raspar con fuerza el tejido de los folículos, para limpiarle de los productos escrementicios que estan como incrustados en él. Tambien se encuentran á menudo masas de lumbricoides en número variable, encerradas en los intestinos y rodeadas de líquidos mucosos, biliosos, escrementicios, etc.

»*Intestinos gruesos.* — Se observa en ellos una hipertrofia de los folículos aislados, que aparecen bajo la forma de granos blanquecinos

ó rojos, y mas rara vez de pustulitas. En ocasiones es bastante confluente la erupcion que forman estos folículos: ordinariamente son mas numerosos en el ciego; pero tambien se los encuentra á menudo en todos los intestinos gruesos. La ulceracion de estos folículos es mas frecuente cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo. Las ulceraciones de los intestinos gruesos, cuyo número suele ser de quince hasta mas de ciento, ora tienen el tamaño de una lenteja, ora solo consisten en una erosion muy pequeña y difícil de percibir. En las ulceraciones mas anchas y mas antiguas está la mucosa enteramente destruida, los bordes cortados perpendicularmente y de color apizarrado ó negruzco. El fondo se halla formado por la túnica muscular, ó cubierto de tejido celular hipertrofiado, reblandecido, y rara vez indurado. De la reunion de muchas úlceras resultan otras estensas, negruzcas ó violadas y fétidas, que presentan un aspecto horroroso, y que se observan principalmente en los enfermos que han tenido mucho tiempo una diarrea tenaz. Cuando la enfermedad es ya antigua, está la mucosa parda, apizarrada y reblandecida. Muy á menudo se olvida examinar el estado del apéndice del ciego, y sin embargo hay á veces en él perforaciones.

»Los intestinos gruesos se hallan con frecuencia distendidos por gases, y entonces cubren y ocultan á los delgados, y suben hasta el pecho, empujando el diafragma. Louis cree que el meteorismo es mas comun en los sugetos que han muerto del vigésimo al trigésimo dia, que en los que han fallecido antes ó despues de esta época.

»Cuando se consigue vencer la repugnancia que inspira el estudio de las materias contenidas en las diferentes porciones del colon, se encuentran materias fecales amarillentas, líquidas, rara vez sólidas, y de un olor insoportable, ó bien materiales rojizos ó verdes. Estudiada con el microscopio la materia de las evacuaciones alvinas, presenta los diferentes cuerpos de que acabamos de hablar, y ademas muchos entozoarios de los conocidos con el nombre de tricocéfalos. Estos se perciben á simple vista, la que los descubre bajo la forma de filamentitos muy blancos en las materias fecales que se encuentran en el ciego. Favorecen al parecer la generacion de estos animales ciertas constituciones epidémicas, que son raras en el dia. En la fiebre mucosa observada por Roederer y Wagler eran tan numerosos, que se los consideró como una de las causas de la enfermedad; pero la presencia de estos entozoarios es una circunstancia enteramente accidental.

»Schoenlein ha descrito unos cristales prismáticos, que ha descubierto en las cámaras de los sugetos atacados de fiebre tifoidea (*Muller's Arch.*, p. 250; 1836). Gluge, que los ha estudiado con cuidado, asegura que se encuentran á menudo en la mucosa intestinal y en las materias alvinas de sugetos muertos de enfermedades muy variadas.

»*Duodeno.*—Esta parte del tubo digestivo está casi constantemente exenta de ulceraciones. Las válvulas conniventes tienen casi siempre un color de rosa ó rojizo, y está muy adherida á ellas la materia colorante amarilla de la bilis. De 22 sugetos examinados por Louis, en 2 tenia el duodeno una ó dos ulceraciones pequeñas.

»*Estómago.*—La membrana mucosa de esta víscera está á menudo roja y reblandecida. Presenta rubicundeces parciales, dispuestas por chapas en la corvadura mayor del órgano ó en otros puntos, bajo la forma de puntitos ó de arborizaciones finas, y no siempre acompañadas de reblandecimiento. Nada mas variable que la consistencia de esta membrana, que á veces se halla disminuida, hasta el punto de desprenderse en forma de pulpa sin poder formar colgajos. Louis ha visto el estado mamelonado en las dos sétimas partes de casos, siendo ora general, ora limitado á la cara anterior ó posterior. La membrana alterada de este modo ofrecia casi siempre un color preternatural, rojo, anaranjado claro ó pardo; observándose este último cuando se habia verificado la muerte despues del vigésimo dia. Nosotros hemos encontrado el estado mamelonado hácia esta época y rara vez antes; el color rojo nos ha parecido siempre de fecha mas reciente. Chomel ha visto las tres túnicas del estómago reblandecidas (obs. 21). Estan divididas las opiniones de los autores acerca de la naturaleza de estas lesiones; pero generalmente no se las considera como inflamatorias. Louis ha encontrado cuatro veces ulceraciones en el estómago: eran unas veinte ó treinta, pequeñas, redondeadas ó prolongadas, y no comprendian todo el grueso de la mucosa (*loc. cit.*, p. 118).

»Los líquidos contenidos en la cavidad gástrica son: las bebidas que ha tomado el enfermo; algunas veces líquidos acuosos, muy ácidos, un poco verdosos, ó bien un moco poco abundante, espeso y estendido sobre la membrana interna.

»Chomel, Louis y otros médicos han observado ulceraciones en la lengua, en la faringe y en el esófago; pero no se han encontrado lesiones que pudieran compararse con las de los folículos intestinales.

»Los vasos y los nervios de los intestinos se han esplorado poco hasta el dia. Sin embargo, seria de desear que se examinase con cuidado el estado de las venas y de los linfáticos, principalmente en casos semejantes á los dos que hemos observado nosotros, y que nos han presentado las lesiones propias de la puoemia. La teoria que atribuye la fiebre tifoidea al paso de las materias sépticas y pútridas á la sangre, y á su absorcion por las superficies ulceradas, recibiria quizá alguna luz de estas nuevas investigaciones. Ribes ha encontrado muchas veces los plexos solares y los manojos nerviosos que salen de ellos un poco rojos, y los ramos de la vena porta ventral, y á veces tam-

bien los de la hepática, rojos é inflamados (*Mémoires d'anat. et. de physiol.*, t. I, p. 72, en 8.º; Paris, 1841). Haciendo Bouillaud por su parte investigaciones análogas á las de Ribes, sin tener noticia de las tareas de este profesor, ha obtenido tambien resultados semejantes. «No he esplorado todavia los vasos linfáticos que se dirigen á los gánglios mesentéricos, dice Bouillaud, ni se ha dedicado tampoco á esta esploracion ningun otro observador que yo sepa; por cuya razon se la recomiendo á los jóvenes laboriosos» (*Nosogr. méd.*, *loc. cit.*, página 106, y *Traité des fievres essentielles*). A estas juiciosas observaciones de Bouillaud añadiremos, que es absolutamente indispensable el atento estudio de las venas y de los folículos en los casos en que se encuentran abscesos metastáticos en el pulmon; de lo cual hemos observado tres ejemplos. Por nuestra parte nos proponemos hacer algunas investigaciones sobre este asunto, que ha llamado nuestra atencion hace ya mucho tiempo.

»*Bazo.*—La hipertrofia del bazo es entre todas las alteraciones viscerales la que sin contradiccion se manifiesta mas constantemente, despues de la enfermedad de los folículos intestinales y de los gánglios mesentéricos; de modo que cuando se encuentra en un cadáver esta hipertrofia, se puede sospechar que ha existido una fiebre tifoidea. El bazo adquiere un volumen triple ó cuádruple del que tiene en el estado natural, y aun algunas veces es mayor todavia su volumen. En los cuarenta y dos enfermos de que habla Louis solo cuatro veces ha faltado la hipertrofia esplénica: los sugetos habian fallecido del vigésimo al trigésimo dia, y aun mas tarde (*loc. cit.*, p. 258). De treinta y dos individuos muertos de fiebre tifoidea, y observados por nuestro cólega Barth, solo en uno era el bazo pequeño, y en este caso se habia verificado la muerte á los ochenta y cuatro dias de la enfermedad. En dos sugetos examinados recientemente por uno de nosotros, y que habian muerto á los sesenta dias y á los cincuenta y seis, eran naturales el volumen y la testura de esta entraña.

»La *consistencia* del órgano se halla disminuida en las tres cuartas partes de los casos (Louis, p. 260). Cuando esta alteracion llega á un grado estraordinario, el dedo penetra fácilmente en el bazo, que se reduce por la presion á una especie de pulpa del color de las heces del vino. A veces es tal el reblandecimiento, que no se puede desprender el órgano del sitio que ocupa, sin sacarle á pedazos putrilaginosos. El reblandecimiento, lo mismo que la hipertrofia, de la cual es casi inseparable, es muy marcado desde el principio de la enfermedad, y casi constante en todos los sugetos. Esta doble alteracion es aun mas notable desde el vigésimo al trigésimo dia, y pasado este tiempo propende el órgano á recobrar su volumen y su consistencia naturales. Algunas veces está su tejido denso, seco y quebradizo, cuando se ha disipado del todo la enfermedad. Uno de nosotros ha visto esta alteracion en sugetos muertos á los sesenta y á los cincuenta dias de calentura.

»El bazo hipertrofiado tiene un color rojo oscuro ó negruzco, á veces violado, lívido ó latericio claro, que no se diferencia mucho del que ofrece en el estado natural. El color oscuro azulado y el rojo subido son los que mas comunmente se encuentran.

»La alteracion que acabamos de estudiar no es especial de la fiebre tifoidea, pues se encuentra en otras pirexias, aunque con menos constancia. Depende evidentemente de la alteracion general de los líquidos, y no de un trabajo local de inflamacion, como podria suponerse, si se quisiera incluir violentamente el reblandecimiento y la hipertrofia en la clase de las lesiones inflamatorias. La alteracion del bazo, tan comun en la fiebre tifoidea, es de la misma naturaleza que la que á menudo se observa en las fiebres perniciosas, en el tifus epidémico, en la puoemia, en el escorbuto, la peste, la fiebre amarilla, etc.

»*Hígado.*—Louis ha observado el reblandecimiento de este órgano próximamente en la mitad de los casos: es general y el tejido hepático se halla pálido, menos húmedo de lo regular, y árido como en el estado grasiento. Sus elementos estan casi confundidos, y cuando es muy grande el reblandecimiento, se hunden fácilmente los dedos en el órgano: algunas veces está blandujo su tejido. En ocasiones se le encuentra lleno de sangre; en otras enteramente sano; en una palabra, ninguna de estas alteraciones debe considerarse como constante, y prescindiendo del reblandecimiento, que hemos encontrado con menos frecuencia que Louis, pues solo le hemos visto en la cuarta parte de los casos, no hay uno solo que no se manifieste en las mas diversas enfermedades.

»El *pancreas* se encuentra afectado menos veces que las demas vísceras. Louis le ha visto de un color azulado en un enfermo muerto al dia cuarenta de la enfermedad. Pudiera creerse que este color era una trasformacion del rojo, que hubiera existido en otra época (Louis, *loc. cit.*, p. 291). Uno de nosotros ha examinado el pancreas en muchos sugetos, y observado notables variaciones en el color de este órgano.

»Los *riñones* se encuentran casi siempre en el estado natural (Louis, p. 283). Rayer pretende «que acaso no hay ninguna afeccion general, que produzca mas frecuentemente la inflamacion de los riñones» (*Traité des maladies des reins*, t. II, p. 22, en 8.º; Paris, 1840). «A veces es doble esta inflamacion, y se encuentran llenos de sangre los dos riñones, viéndose ademas en la superficie esterna de estos órganos cierto número de puntitos rojos, mezclados con otros purulentos y rodeados de un círculo rojo; cuyos puntos, ligeramente prominentes, pueden reunirse de manera que formen chapas poco elevadas» (*loc. cit.*). La lesion renal

solo puede considerarse como una complicacion, y nosotros no la hemos visto mas que una vez en nuestras treinta autopsias. Estaban infiltradas de materia purulenta la sustancia cortical y la tubulosa en la estension de diez líneas. Tambien hemos visto en mas de la tercera parte de los sugetos, y particularmente en los que habian muerto despues del décimoquinto dia, una congestion de la sustancia cortical, caracterizada por la inyeccion de las granulaciones de Malpigio y de los vasitos estrellados. Al cortar el órgano salió bastante sangre. En un caso hemos visto una hemorragia intersticial, que ocupaba un espacio de diez líneas en la sustancia cortical: el sugeto habia muerto repentinamente de una hemorragia intestinal.

»En algunos casos se encuentra la *vejiga* distendida por la orina; la membrana interna de este depósito rara vez está inyectada, sonrosada ó ulcerada, y su consistencia es natural. Nada tenemos que advertir acerca del estado de los *órganos genitales de uno y otro sexo.*

»*Encéfalo.*–Las marcadas y constantes alteraciones del sistema nervioso que se presentan durante la vida, han debido llamar la atencion de todos los observadores hácia el estado en que se encuentran los órganos encargados de las funciones de la inervacion; pero á pesar de las numerosas investigaciones de que han sido objeto el cerebro y sus dependencias, no se ha encontrado ninguna lesion constante.

»La *piamadre* está á veces infiltrada de una corta cantidad de serosidad trasparente ú opaca, acumulada principalmente á lo largo de la gran cisura cerebral ó hácia los lóbulos posteriores. Se desprende fácilmente de la sustancia cerebral, que conserva su lustre y su testura naturales, á menos que esté inflamada la meninge. En este caso la aracnoides y la piamadre estan inyectadas, y arrastran la capa mas superficial de la sustancia gris. Pero no deben confundirse estas rubicundeces, que pertenecen á la meningitis, con otras chapas de color rojo claro ó un poco violado, que se encuentran con frecuencia en las partes laterales ó posteriores de los lóbulos cerebrales, y que ordinariamente dependen de una simple congestion cadavérica, y no vienen acompañadas, ni de reblandecimiento de las membranas, ni de exudacion seudo-membranosa. Como faltan en enfermos que han muerto con un delirio muy violento, y que databa de muchos dias, mientras que existen en sugetos que solo han tenido alteraciones nerviosas ligeras ó nulas; se debe deducir que el edema de las meninges y los colores rojos de que acabamos de hablar, no son inflamatorios ni menos el origen de los síntomas observados durante la vida. Hemos abierto los cadáveres de algunos sugetos cuyas meninges estaban pálidas y descoloridas, aunque hubiesen muerto del duodécimo al vigésimo dia de la fiebre tifoidea.

»Encuéntranse tambien los senos venosos y los principales troncos de las meninges, ingurgitados de sangre, una corta cantidad de serosidad derramada en los ventrículos, y alguna vez, aunque muy rara, las alteraciones propias de la meningitis, en cuyo caso hay evidentemente una complicacion.

»La sustancia del cerebro pocas veces presenta alteraciones. La única que se puede considerar como bastante comun, es la presencia de manchitas como picaduras de pulga; pero es sabido que estas se manifiestan en las circunstancias morbosas mas diferentes, y no pueden servir para esplicar los fenómenos que presentan los enfermos. Louis ha encontrado en muchos casos la sustancia cortical mas ó menos sonrosada en toda su estension, sin alteracion de testura. Este color sonrosado, salpicado de puntos negruzcos como picaduras de pulga, se ha presentado con mas frecuencia en los que habian muerto del octavo al décimo quinto dia, que en los demas (p. 359). En algunos casos se arranca la capa mas superficial de la sustancia cortical al desprenderse la piamadre; cuya circunstancia depende del reblandecimiento de la sustancia gris. En ocasiones se desprenden fácilmente las membranas; pero si se toca con la uña ó con el lomo del escalpelo la sustancia gris, se ve que está reblandecida. Piedagnel, que ha estudiado con cuidado las alteraciones del cerebro en la fiebre tifoidea, dice haber visto con frecuencia la sustancia cortical desprenderse en hojas ó en capas mas ó menos profundas (*Recherches sur les alterations anatomiques de l'encéphale dans les maladies typhoïdes*, Mem. leida á la Academia de medicina; agosto, 1839). Sin embargo, se puede establecer, que aun en los casos en que han sido muy marcados durante la vida los trastornos cerebrales, rara vez se ha observado lesion del tejido, á menos que hayan existido todos los signos de una meningitis ó de una meningo-encefalitis, cuyos desórdenes materiales se encuentran entonces al hacer la autopsia.

»En algunos casos se ha hallado reblandecido todo el cerebro, cuya alteracion ó es cadavérica, ó resultado de la tendencia que tienen todos los órganos á perder su consistencia en la fiebre tifoidea. En el mayor número de sugetos es normal la densidad del cerebro, y rara vez está aumentada.

»En resumen diremos, que las alteraciones que se observan en el cerebro y en sus membranas son raras, y que cuando se encuentran, no es siempre en los sugetos que han presentado trastornos mas profundos y duraderos; por último, que se manifiestan en otras enfermedades, y no son la causa real y demostrada de los síntomas que ofrecen los sugetos atacados de fiebre tifoidea. Louis las considera como accesorias, secundarias, y no como esenciales á la enfermedad (*loc. cit.*, p. 363).

»El *cerebelo*, la *protuberancia cerebral* y la *médula espinal*, no presentan ninguna alteracion apreciable. Los doctores Bierbaum y Grossheim

han visto en sugetos que habian presentado accidentes que debian referirse á una lesion de la médula, exudaciones serosas y gelatiniformes, é inyeccion de las membranas raquidianas (véase *Mémoire de Lombard et Fauconneau*, *Etudes chimiques sur quelques points de la fièvre typhoïde*, en *Gazette médicale*, pág. 607; 1843). Estas alteraciones pertenecen á complicaciones accidentales que no debemos describir aqui (V. *complicaciones*).

»Bouillaud ha observado el *estado pegajoso de los músculos* y un color bermejo ú oscuro de los mismos en individuos muertos de fiebre adinámica; pero Louis y otros no han encontrado nada de esto.

»*Organos de la respiracion.—Laringe y bronquios.*—Examinadas estas partes con el mayor cuidado por Louis, han presentado alteraciones que nadie habia descrito anteriormente. Ha visto ulceraciones de la epiglotis en siete casos, y en sugetos muertos despues del dia quince, es decir, en la época en que tiene toda su intension el mal. Chomel ha encontrado la epiglotis ulcerada en tres casos de veinte que ha examinado. La membrana mucosa está ulcerada, ya en el vértice, ya en la base de la epiglotis, y el fibro-cartílago se halla á menudo denudado y aun destruido en parte. El borde de las úlceras es mas ó menos grueso y desprendido (V. ENFERMEDADES DE LA LARINGE). En algunos casos raros se ven los bordes de la glotis arrugados ó edematosos, ó bien rojos y engrosados.

»Las úlceras de la laringe son escesivamente raras, y no sabemos que haya ninguna relacion de causalidad entre ellas y la fiebre tifoidea. Louis asegura que de cincuenta sugetos observados por él en diez años, solo dos estaban afectados de estas úlceras. Nunca se han encontrado en la tráquea (p. 327), cuya membrana interna conserva su color y consistencia naturales.

»Los *bronquios* contienen á menudo un moco viscoso, blanquecino ó rojo, y su membrana mucosa está teñida del mismo modo. Parece que Louis no ha observado en ellos con frecuencia alteraciones muy notables; pero por nuestra parte las hemos encontrado en bastantes casos, cuando los sugetos habian sucumbido en el segundo ó tercer septenario con síntomas torácicos muy marcados. Nadie ignora cuan comun es en la fiebre tifoidea la forma llamada torácica, y no nos parece acertado considerar la bronquitis ó, para hablar con mas esactitud, la congestion bronquial, como una complicacion. Mas adelante, cuando tratemos de los síntomas torácicos, esplanaremos este asunto; pero debemos asentar desde ahora, que la bronquitis capilar de las afecciones tifoideas se manifiesta por caractéres anatómicos que no han llamado bastante la atencion de los observadores. Las lesiones que presenta la mucosa consisten principalmente en una gran congestion de su tejido, el cual ofrece un color rojo subido, lívido, violado en los ramillos, donde se encuentra mucho moco viscoso, teñido frecuentemente de rojo por la sangre exhalada: á veces tambien se hallan dilatadas algunas ramificaciones bronquiales pequeñas. Estas lesiones son mas manifiestas é intensas, cuando el pulmon está congestionado ó presenta algunos de los desórdenes que vamos á estudiar. Concíbese en efecto que debe ser asi, puesto que la alteracion que impropiamente se ha llamado bronquitis capilar, es solo una congestion sanguínea de la membrana mucosa, que representa en este tejido los diferentes grados de la congestion pulmonal, la cual empieza á menudo por la lesion de que tratamos (V. SÍNTOMAS y el artículo en que describimos la BRONQUITIS CAPILAR).

»*Pulmon.* Rara vez estan exentos de alteracion los pulmones de los sugetos atacados de fiebre tifoidea, cualquiera que sea el período del mal en que hayan sucumbido; pero principalmente en el segundo y tercer septenario es cuando son mas numerosas é intensas estas lesiones. Independientemente de la congestion sanguínea atónica de los bronquios, que en nuestro concepto es el primer grado de las lesiones que presenta el parenquima pulmonal, se encuentran en este los tres estados morbosos siguientes: 1.° *infarto*, 2.° *esplenizacion*, 3.° *apoplegia*. Nos serviremos de estas palabras á falta de otras mejores: Bazin describe las mismas lesiones con los nombres de *infarto*, *hepatizacion* y *apoplegia* (*Recherches sur les lésions du poumon considerées dans les afections morbides dites essentielles*, disert. inaug., p. 12, en 4.°; Paris, 1834), considerándolas como distintos grados de una congestion sanguínea, totalmente diferente de la que es propia de la pulmonia. Pondremos en contribucion este trabajo, que está redactado con esmero y merece citarse con elogio por las esactas observaciones y principios generales que contiene, utilizando tambien los hechos que ha reunido uno de nosotros acerca de un asunto tan poco conocido todavia.

»Caracteriza al infarto tifoideo un color rojo subido del tejido pulmonal, que está resistente y crepitante cuando se le comprime con el dedo, y deja salir una sangre lívida ó negruzca, menos oxigenada y mas consistente que en la congestion simple. Dice Bazin haber observado, que en la congestion que nos ocupa, cortadas las ramificaciones pequeñas de los bronquios, solo dejan fluir un líquido poco abundante, viscoso y espeso, y añade que el tejido pulmonal se descolora mas completamente lavándole; mientras que en la congestion inflamatoria sale de los bronquios un líquido espumoso y no desaparece á beneficio de lociones la rubicundez del parenquima (*loc. cit.*, p. 20). Nosotros hemos encontrado parte de estos caractéres anatómico-patológicos diferenciales, observando que los bronquios tienen un color rojo subido ó lívido y estan cubiertos de un moco tenaz y sanguinolento en los sitios don-

de existe la hiperemia pulmonal tifoidea.

»La *esplenizacion* ó *carnificacion tifoidea* tiene caractéres mas marcados, y se distingue fácilmente de la hepatizacion inflamatoria, en que: 1.º la esplenizacion ocupa la parte posterior y mas inferior de los lóbulos, principalmente de los inferiores; 2.º el color del tejido pulmonal es semejante al del bazo, no obstante que varia entre el de ladrillo, el rojo violado y el negro, y muchas veces está mezclado con partes mas claras ó negruzcas, que corresponden á tejido infartado ó atacado de apoplegia, lo que es mas raro; 3.º el liquido sanguinolento que sale por la presion ó raspando la superficie dividida del pulmon es rojo, espeso, poco oxigenado y aun semejante á un líquido negro y pegagoso; sin que se parezca en nada al líquido análogo á las heces del vino ó parduzco, que se hace salir de un pulmon hepatizado; 4.º el tejido en vez de presentar granulaciones como en esta última alteracion, ofrece, principalmente cuando se le lava ó comprime, una multitud de fibras, de conductos bronquiales y de coágulos de sangre pequeños y negruzcos, que dan á la estructura del pulmon alguna semejanza con la areolar ó fibrosa de ciertos parenquimas; 5.º cuando se trata de romper el tejido resiste mucho mas que el del pulmon inflamado. Louis, que ha indicado todos los caractéres de la carnificacion tifoidea, dice haber visto en dos casos la superficie esterior del pulmon desigual y mamelonada de un modo bastante regular; circunstancia que no ha observado jamás en la inflamacion pulmonal (*loc. cit.*, p. 330). Esta disposicion no se le ha presentado nunca en el lóbulo superior del pulmon. Bazin dice haberla visto en el vértice (*loc. cit.*, p. 16) y nosotros acabamos de observar un hecho semejante. Sin embargo es imposible negar que el decúbito dorsal tiene una influencia muy grande en la produccion de este segundo grado de hiperemia.

»En la *apoplegia pulmonal tifoidea*, de la que uno de nosotros tiene cuatro observaciones, y que se parece enteramente á la que se observa en los escorbúticos, en la fiebre amarilla (V. estas afecciones), y en otras enfermedades, es el tejido duro, resistente, no crepitante, negruzco, se precipita al fondo del agua, y cuando se raspan las partes alteradas, dejan salir mas fácilmente una sangre negra que en la apoplegia simple. En los lóbulos inferiores es donde se encuentra principalmente esta lesion, que es mucho mas circunscrita que la congestion de primero ó segundo grado. Bazin dice que el tejido pulmonal se halla destruido (*loc. cit*, página 15); pero esto solo es cierto en la hemorragia con foco, única que describe. Nosotros hemos encontrado dos veces apoplegias de gran parte de uno de los lóbulos pulmonales, sin foco sanguíneo: en otros dos casos habia de dos á cuatro focos apopléticos en el borde cortante de los lóbulos inferiores del pulmon izquierdo. La esactitud con que se limita el tejido alterado, su color negro, su mucha densidad, la falta de granulaciones, el aspecto liso del órgano dividido, etc., no pueden dejar ninguna duda acerca de la existencia de la apoplegia pulmonal.

»*Las neumonias de primero y de segundo grado, lobular y lobulicular*, se presentan en el cadaver de los sugetos muertos de fiebre tifoidea con los caractéres anatómicos que les son propios y es inútil reproducir aqui (V. NEUMONIA). La hepatizacion roja se observa con mas frecuencia, porque los enfermos sucumben casi siempre antes que haya tenido tiempo de efectuarse la supuracion (Chomel, *loc. cit.*, p. 290). Louis ha visto la esplenizacion en la tercera parte de los casos, la neumonia en la misma proporcion, y la completa integridad del órgano en menos de la mitad de los sugetos muertos del octavo al vigésimo dia, y en mas de la cuarta parte de los fallecidos despues de esta época (*loc. cit.*, p. 333). La congestion cadavérica es casi constante.

»Contaremos todavia como alteraciones pulmonales mas raras que las precedentes: 1.º el enfisema intra ó extra-vesicular, del que solo hemos observado dos casos en treinta enfermos; 2.º los abscesos metastáticos: solo hemos visto dos casos de esta clase; 3.º el edema pulmonal; 4.º los tubérculos. Todas estas lesiones deben considerarse como complicaciones (V. *complicaciones*).

»*Pleura.* Las falsas membranas y derrames son raros, y la inflamacion que les da origen no sobreviene sino en una época bastante adelantada de la enfermedad. Se han encontrado tambien derrames sero-sanguinolentos.

»*Organo circulatorio.—Corazon.* De 65 casos de fiebre, en que se ha hecho autopsia, referidos por Andral, habia 57 en los cuales el corazon estaba natural bajo todos aspectos (*Clin. méd.*, *loc. cit.*, p. 563). Tampoco tenia ninguna alteracion en la mitad de los casos observados por Louis; en la otra mitad se hallaba disminuida su consistencia; su tejido blando como un trapo, pálido y de color de película de cebolla mas ó menos subido, lívido ó violado; la cara interna de los ventrículos y de las aurículas tenia un color rojo violado subido, que dependia de la imbibicion de la sangre. Cuando el corazon presentaba una consistencia natural, sus cavidades, y principalmente la derecha, contenian cuajarones fibrinosos organizados; y estaba la sangre fluida ó en cuajarones blandos en los corazones reblandecidos (Louis, *loc. cit.*, p. 296). En 30 casos en que se ha observado el estado de la sangre contenida en el corazon y en los grandes vasos, ha visto Chomel coágulos fibrinosos pequeños seis veces, coágulos negros casi todos consistentes en nueve casos, de sangre negra y fluida en seis (*loc. cit.*, p. 269). Tambien ha comprobado en la mayoria de los sugetos reblandecimiento y flacidez de las paredes del corazon, y coloracion roja de las paredes del endocardio por imbibi-

cion (*loc. cit.*, p. 278). Estos cambios de color son estraños á la inflamacion: la disminucion de consistencia se considera generalmente como de la misma naturaleza que el reblandecimiento de los demas órganos, como por ejemplo del hígado y del bazo. Louis no cree que resulte de una alteracion cadavérica.

»*La rubicundez de la membrana interna* de los vasos grandes, y especialmente de la aorta, asi como la del endocardio, es una alteracion producida por la imbibicion de la sangre muy fluidificada en los tejidos membranosos. Algunos médicos han creido que este color era efecto de una flegmasia; pero las numerosas investigaciones de que ha sido objeto este punto de patologia, han hecho abandonar completamente esta opinion (V. ARTERITIS Y ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS). Se encuentra sangre negra disuelta en los vasos gruesos, y algunas veces burbujas de gas mezcladas con este liquido, especialmente en las venas.

»*Sangre.—Estudio físico, químico y microscópico.*—Al estudio de las alteraciones de los sólidos sigue naturalmente la esploracion de las propiedades físicas, químicas y microscópicas de la sangre.

»Sacada esta por una abertura suficientemente grande para que el chorro sea ancho y continuo desde el principio hasta el fin de la sangria, presenta poco mas ó menos los mismos caractéres físicos en todos los casos de fiebre tifoidea. Forma un coágulo generalmente tan grande como el vaso que le contiene, poco contraido, con los bordes no redoblados, que nada en una cantidad mediana de suero; por lo comun no es tal la adherencia de sus partes, que pueda soportar bien su peso cuando se le levanta, y aun á veces es tan blando, que se rompe por sí solo ó está difluente y como disuelto en el suero. Su superficie es de color de granate, oxigenada, pero sin ninguna señal de costra; sin embargo algunas veces existe esta, pero es delgada, muy blanda, verdosa ó gelatiniforme y parda; en una palabra constituye una de aquellas costras que se conocen con los nombres de *imperfectas*, *falsas*, como para indicar que no tienen ni el grueso ni la consistencia de la costra inflamatoria. La costra falsa se presenta tambien con otras apariencias en las fiebres tifoideas: vése por ejemplo en algunos puntos del coágulo una materia viscosa, semejante á la clara de huevo crudo, y otras veces una película trasparente, parduzca con un viso azul, ó por último una costra bastante gruesa. Pero este grueso es aparente y debido á que la ligerísima capa de fibrina que está en la superficie del coágulo se halla infiltrada de serosidad, y asi es que cuando se la comprime se reduce á una película delgada. No puede leerse sin admiracion el pasage en que Roederer y Wagler describen con una esactitud y un método propios de los tiempos modernos los verdaderos caractéres de la sangre tifoidea. «Se cubre, dicen, de manchas inflamatorias cenicientas; se separa muy poca serosidad; la parte inferior del coágulo está llena de glóbulos rojos y cruor negruzco no coagulado. Si se vuelve á abrir la vena, sale la sangre con dificultad y corre gota á gota por el miembro; el cuajaron sin costra ni serosidad, se adhiere fuertemente á la taza, y su superficie brilla con un color de granate. Si en razon de una metastasis á los pulmones se repite tercera vez la sangria, la sangre privada de serosidad se cubre de trecho en trecho de una costra poco gruesa» (ob. cit., p. 125). No se podia haber dicho mas en estos últimos años. Andral, á quien se deben tantas y tan esactas observaciones sobre esta importante cuestion de hematologia, afirma que no ha encontrado «costra perfecta, como no hubiese existido alguna complicacion flegmásica, ni en la fiebre inflamatoria, ni en la tifoidea ligera ó grave, ni en el sarampion, ni en la escarlatina, ni en las viruelas.» (*Essai d'hématologie pathologique*, p. 66, en 8.°; Paris, 1843).

»Louis ha obtenido tambien resultados semejantes; habiendo visto faltar la costra ú ofrecer los diferentes estados que hemos descrito mas arriba (*loc. cit.*, p. 175). Si bien reconoce que la sangre está mas ó menos profundamente alterada en el curso de la afeccion tifoidea, no cree que esta alteracion sea constante, enteramente propia de esta enfermedad, ó proporcionada siempre á la gravedad de los accidentes (p. 180). Efectivamente, en el dia se sabe que en todas las fiebres es semejante el coágulo de la sangria al de la fiebre tifoidea, á lo que añadiremos solamente, que la poca densidad del mismo que corresponde á una cantidad escasísima de fibrina, indica bastante bien la gravedad de la fiebre tifoidea, y que bajo este aspecto la observacion de Louis no es del todo exacta.

»Dice Bouillaud, que en el período en que los síntomas inflamatorios sobrepujan á los tifoideos propiamente dichos ó pútridos, el cuajaron de la sangria esperimenta cierta contraccion, y á veces se cubre de una costra general ó parcial, pero que nunca se encuentra una sangre *inflamatoria* (*Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, t. I, p. 307, en 8.°; Paris, 1837 y *Nosogr. méd.*, t. III, p. 119). En el segundo período el coágulo es constantemente mas blando, y la sangre se reduce á menudo á una pulpa difluente ó á una especie de magma negruzco. «Esta alteracion de la sangre, dice Bouillaud, es un fenómeno tan constante como los demas caractéres que se tienen por esenciales del estado tifoideo, y tanto los discípulos como los comprofesores que asisten habitualmente á mi clínica, conocen tan bien la sangre tifoidea, que no la confunden nunca, no digo con la sangre francamente inflamatoria, pero ni con la de cualquiera otro estado morboso en el que no hayan existido verdaderos fenómenos tifoideos» (*Clin. méd.*, p. 380). Las observaciones de Bouillaud son enteramente conformes á las que despues han hecho otros médicos;

pero es demasiado esclusiva la proposicion en que asienta que la sangre *tifoidea* es la única que presenta el indicado caracter; porque ya hemos demostrado en otras ocasiones (V. FIEBRE EN GENERAL Y HEMORRAGIAS), que en las pirexias y en las hemorragias producidas por la disminucion de la fibrina, es el coágulo blando, difluente y muy parecido al que se obtiene por la sangria en los enfermos atacados de una fiebre tifoidea intensa. La alteracion de la composicion de la sangre es idéntica en todas estas enfermedades, y no es de admirar que las propiedades físicas que se derivan de su composicion química, se modifiquen tambien de la misma manera. Por lo demas, Bouillaud ha comprobado en la sangre sacada por las ventosas las mismas alteraciones que en la procedente de la sangria.

»La alteracion de las propiedades físicas de la sangre coagulada es en el dia un hecho aceptado por todos, y pueden considerarse como falsas las proposiciones de Forget en que asienta: «1.º que la alteracion de la sangre no es un hecho muy general; 2.º que este liquido rara vez se altera en el primer período de la enfermedad; 3.º que la alteracion es tanto menos rara, cuanto mas adelantado está el mal (precisamente sucede lo contrario, como lo prueban las análisis hechas por Andral y Gavarret y las observaciones de Bouillaud y otros); y 4.º que las alteraciones manifiestas de la sangre, cuando existen, son puramente accidentales y debidas á circunstancias comunmente inapreciables (ob. cit., p. 508). Cualquiera persona imparcial que quiera examinar atentamente la sangre tifoidea, le encontrará los caractéres que han indicado Bouillaud, Louis, Andral, y antes que estos De Haen Huxham, etc., hablando de la fiebre ataxo-adinámica. Solo añadiremos, que es preciso saber distinguir la verdadera costra de la falsa; enterarse del modo como ha salido la sangre, y conocer bien las complicaciones, las enfermedades intercurrentes y las diferentes condiciones físicas y demas que influyen en la coagulacion de este líquido. Una vez satisfechas todas estas exigencias de una buena observacion, siempre se obtendrán los mismos resultados, ya se acepten ó ya se desechen las nuevas ideas emitidas sobre las alteraciones de la composicion de la sangre, de las cuales nos vamos á ocupar en seguida.

»*Las alteraciones de la composicion de la sangre* no se habian estudiado hasta Andral y Gavarret, á quienes debemos todo lo que posee la ciencia sobre este asunto. Han visto estos autores, del modo mas constante y riguroso, que en los primeros tiempos de la fiebre tifoidea «no hay en realidad otra cosa mas (y eso no siempre) que un esceso de glóbulos, y que la fibrina solo está en menor proporcion con relacion á estos.» En una época mas adelantada, y cuando la enfermedad es mas intensa, hay realmente disminucion de la fibrina, y esta disminucion es tanto mas considerable, cuanto mayor la gravedad de la fiebre tifoidea. Hasta puede suceder que en los casos ligeros solo presente signos puramente negativos; de donde se sigue que el caracter fundamental del cambio de composicion que sufre, es por una parte la disminucion de la fibrina y por otra un esceso relativo de glóbulos (*Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sang.*, p. 60, en 8.º; Paris, 1840). El máximum de la fibrina es 3, 7, y el mínimum menos de uno (0, 9). Los glóbulos permanecen á menudo en su estado fisiológico, 127, ó se mantienen entre 100 y 127: á veces cuando los sugetos son pletóricos, pasan de este número. Los materiales sólidos del suero no esperimentan variaciones notables.

»Becquerel y Rodier han obtenido el resultado siguiente: «la sangre en la fiebre tifoidea no ofrece absolutamente ningun caracter marcado, positivo y constante, y prescindiendo de algunos casos escepcionales en que hay disminucion de fibrina, todas las modificaciones que se han podido comprobar en dicho líquido, pueden existir y esplicarse por influencias diferentes de las de esta grave enfermedad» (*Recherches sur la composition du sang.*, p. 74, en 8.º; Paris, 1844). Empero tenemos fundados motivos para mirar como insuficientes las análisis de los médicos que acabamos de citar.

»Leonard y Foley, que acaban de dar á luz un trabajo importante acerca de las alteraciones de la sangre en algunas enfermedades, han obtenido resultados muy semejantes á los que se establecen en la memoria de Andral y Gavarret. Sin embargo, vemos que la fibrina se encontró en tres casos en la proporcion de 3, 2, de 3, 6, de 3, 2, y solo en dos casos de 1, 3 y de 0, 9: el guarismo de los glóbulos era el de 114, 128, 107, 149 y 83 (*Investigaciones sobre el estado de la sangre en las enfermedades endémicas de la Argelia* en *Recueil de mém. de méd. de chir. et de pharm. militaires*, t. IX, p. 208, en 8.º; 1846).

»La disminucion de la fibrina de la sangre, ya sea absoluta ó ya relativa, es en último resultado la alteracion mas importante de la fiebre tifoidea, y á esta disminucion se atribuye el reblandecimiento y la hipertrofia del bazo y las hemorragias. Mas adelante volveremos á tratar de los efectos de la disminucion de la fibrina, que sin embargo no puede considerarse como primitiva en esta enfermedad (V. NATURALEZA). Habiendo inyectado Magendie en las venas de los animales sangre desfibrinada, ha visto manifestarse los sintomas tifoideos; lo que por lo menos prueba que la alteracion de la sangre concurre á la produccion de los fenómenos del mal.

»El microscopio no ha demostrado en la sangre alteracion alguna: es verdad que se ha hablado de alteraciones de forma de los glóbulos sanguíneos, de su pronta descomposicion, etc.; pero semejantes cambios de estruc-

tura no son propios de la fiebre tifoidea.

»*Estado esterior del cadáver.*—Obsérvanse en la piel vestigios de la erupcion conocida con el nombre de sudamina, de manchas tifoideas, de petequias, y en una palabra, los restos de las diferentes erupciones que han existido durante la vida. Se hallan tambien livideces grandes en la parte posterior del tronco y en los miembros inferiores; la piel del abdomen está muchas veces verde ó azulada, y presenta los signos de la descomposicion cadavérica. Los vejigatorios estan cubiertos con una costra sanguínea oscura, ó tienen un color encarnado vivo; algunas veces se ven en el dermis ulcerado unas especies de alveolos escavados en el mismo; por último, obsérvanse tambien escaras hácia el sacro, y las picaduras de las sanguijuelas ulceradas, redondeadas, y como si se hubiesen hecho con un sacabocados. Se admite generalmente, que la descomposicion cadavérica camina con mas rapidez en los sugetos muertos de fiebre tifoidea que en los demas, por lo que es tambien mayor la dificultad de estudiar las lesiones que á esta enfermedad corresponden. Echase esto de ver principalmente, cuando se trata de decidir si los reblandecimientos, las congestiones y la coloracion de los tejidos, se han formado antes ó despues de la muerte. La mayor fluidez de la sangre, las mortificaciones que tan fácilmente ocurren durante la vida, la disminucion de consistencia de los parenquimas y la estancacion de los líquidos en las partes mas bajas de sus depósitos y de todos los órganos, son otras tantas condiciones que hacen se verifique la putrefaccion de los sólidos con mucha prontitud. Asi es que se manifiesta á menudo el enfisema cadavérico en el tejido celular del cuello, de los parenquimas y de los intestinos, principalmente debajo de la túnica mucosa de este conducto membranoso.

»Sintomatologia.—Sin cuidarnos por ahora del órden con que se desarrollan los síntomas en la fiebre tifoidea, vamos á estudiarlos de un modo general, segun que dependan: 1.º *de alteraciones del aparato digestivo y de las vísceras que tienen conexiones íntimas con él*, como *el hígado y el bazo*; 2.º *de las del aparato circulatorio*; 3.º *de las del respiratorio*; 4.º *de las del aparato de la vida de relacion y de los movimientos*; 5.º *de la secrecion de la orina*; 6.º *de las funciones genitales*. Terminado este estudio, describiremos el desarrollo y la duracion de los síntomas y la terminacion de la enfermedad. En la descripcion de los síntomas nos serviremos á menudo de la division propuesta por Chomel, quien divide la enfermedad en períodos de siete dias llamados *septenarios*; pero solo estudiaremos de un modo general el valor semeiótico de los síntomas, la época de su aparicion y su valor pronóstico; porque deben formar otros tantos capítulos particulares (V. Curso, especies y variedades, y pronóstico).

»1.º *Aparato digestivo.*—Los labios conservan al principio su color y su humedad naturales; pero luego que la fiebre ha adquirido alguna intension, y con frecuencia desde los primeros dias, estan secos, como pulverulentos; se levanta su epidermis, se hiende y se forman grietas á menudo muy profundas, que dan sangre, molestan y dificultan los movimientos de la parte. La desecacion del moco y de la sangre en los labios da origen al estado fuliginoso (lentores) de estos, cuyo estado se presenta tambien en otras enfermedades diferentes de la fiebre tifoidea. Tambien se forman en las comisuras de los labios grietas, lentores y unas ulceritas, que hemos observado muchas veces en el curso de la enfermedad y en la convalecencia.

»*Los dientes* no presentan nada de particular en las formas ligeras; pero en los casos graves se cubren de capas mucosas ó sanguinolentas oscuras, que constituyen costras gruesas, formando principalmente en la parte anterior de los incisivos superiores, una línea que corresponde al intermedio de los dos labios. A veces se ven tambien los dientes manchados con la sangre que sale de los labios hendidos ó que proviene de las encias, y en algunos sugetos se altera el esmalte, se pone friable y se cae en escamitas.

»*Las encias* presentan á menudo capas mucosas y principalmente películas blanquecinas, delgadas y fáciles de desprender; las cuales no se limitan siempre á esta parte, sino que á veces se estienden á la cara interna de los labios y de las mejillas.

»Rara vez se esplora la membrana que cubre el interior de la boca: en los casos en que se ha hecho esta esploracion, se ha visto la membrana, ora sana, seca ó roja, ora cubierta de moco, sangre ó manchas diftéricas, y alguna vez ulcerada. Dicen Roederer y Wagler que la escoriacion del interior de la boca y las aftas de las encias, son síntomas bastante constantes y casi particulares de esta enfermedad (ob. cit., p. 95).

»*Lengua.*—Es raro que la lengua no presente algunos fenómenos morbosos en el curso de la fiebre tifoidea: hay que estudiar *su color*, *sus diferentes grados de humedad*, *las capas que la cubren*, *las cualidades físicas y químicas de los líquidos depositados en ella*, *su forma*, *sus movimientos y sus alteraciones de estructura*.

»Las diferentes alteraciones que presenta la lengua son sumamente variables; sin embargo, hemos observado como Louis (t. I, p. 499), que cuanto mas grave es la enfermedad, mas á menudo se halla alterado este órgano.

»A. *Color.*—La lengua conserva su color natural en los casos ligeros ó de mediana intension, ó bien al principio de la enfermdad; sin embargo á veces, aun en las formas graves, permanecen naturales su color y su humedad. Ordinariamente está blanquecina, limosa y amarillenta. De treinta y un sugetos, cuya afeccion era ligera, en diez y siete permaneció natural ó se puso amarillenta (Louis, p. 498).

Tambien se encuentra á menudo roja, principalmente en sus bordes y punta, y esta rubicundez se estiende á toda la membrana mucosa, ó se presenta solo en la prominencia de las papilas situadas en su punta y en su cara superior. La rubicundez coincide con la sequedad y á menudo tambien con la falta de capas mucosas. Muchas veces solo se altera el color natural de la lengua en la parte posterior, que es donde son mas gruesas y se manifiestan mas pronto las diferentes capas que la cubren. Por lo tanto, para apreciar bien este síntoma, es preciso hacer que el enfermo saque mucho la lengua. Mas raro es que la parte media de este órgano esté roja y tenga á los lados dos franjas blancas, amarillentas ó negras, que no se estienden hasta los bordes laterales.

»El color parduzco, producido por el moco, mezclado ó no con materia sanguinolenta exhalada por la membrana mucosa ó procedente de la nariz ó de las encias, es muy comun principalmente en las formas graves atáxicas ó adinámicas, y se manifiesta á menudo al mismo tiempo que el estado fuliginoso de los dientes y de los labios. El color blanquecino de la lengua ó su tinte mas ó menos amarillento y limoso, se encuentran en las formas que se han llamado *mucosas* ó *biliosas*.

»B. *Humedad.*—La sequedad de la lengua es un síntoma muy frecuente y que acompaña mas comunmente á la rubicundez y al color parduzco de la mucosa que á los colores blanco ó amarillento, pues con estos colores suele conservar la lengua su humedad fisiológica. En algunos casos está limitada la sequedad á la punta; pero mas comunmente es general y ofrece diferentes grados. Cuando es mucha y no cubre á la mucosa ninguna especie de capa, presenta la lengua una superficie lisa, brillante y como cubierta de una película rojiza, reluciente ó de un barniz, y tiene en distintos puntos arrugas transversales ó hendiduras mas ó menos profundas: á veces es su color tan rojo, que parece estar empapada en sangre. Antes que se presente esta estraordinaria secura, está la lengua *pegajosa*, es decir, que la viscosidad de sus capas y sobre todo del moco, hace que al aplicar el dedo á la cara superior del órgano, se adhiera á él ligeramente.

»*Capas.*—Las capas que se forman en la lengua determinan á menudo su color. La rubicundez depende muchas veces de la falta de capas y de la sequedad de la membrana mucosa. La capa mas comun de todas es la blanca ó la amarillenta, que á veces es muy gruesa, y ocupa el centro y la base del órgano, mientras que su punta y bordes tienen un punteado rojo que resalta sobre el color patológico. En algunos casos la rubicundez es viva, uniforme y dependiente de la membrana mucosa y no del sistema papilar. Las capas parduzcas, sucias, sonrosadas, amarillas, oscuras ó negras, son las que mas comunmente se presentan. En ocasiones depende el color blanco de la exudacion de falsas membranas blanquecinas, ó de un deposito cremoso igualmente difterítico.

»Para apreciar bien el valor semeiótico y pronóstico de las diferentes capas de la lengua, es preciso conocer sus causas. Ahora bien, el exámen de las materias líquidas que tiñen las papilas mucosas enseña, que se componen de moco mezclado en proporcion variable con saliva, con la materia colorante de la bilis, con sangre, y accidentalmente con las diferentes sustancias medicinales que se mezclan con las bebidas. Las capas blanquecinas ó amarillentas indican solo la presencia del moco, y se ha dicho que el color amarillo anunciaba la de la bilis, acerca de lo cual volveremos á ocuparnos mas adelante (V. *forma biliosa*). Respecto de las capas oscuras estan formadas evidentemente por moco seco ó por sangre, y el aspecto que presenta la lengua en este caso es mucho mas comun en la fiebre tifoidea que en ninguna otra enfermedad. Cuando las capas oscuras mucosas, y mas á menudo las sanguinolentas, son gruesas y secas, se forman en la cara superior de la lengua costras negruzcas, una especie de escamas parduzcas, rojizas, hendidas, algunas veces cubiertas de un moco viscoso amarillo, y que dan al órgano un aspecto repugnante. Á estas capas oscuras acompañan á menudo grietas, que dan sangre y surcan la lengua. Esta aparece frecuentemente seca, pequeña, disminuida de volumen, y como *curtida*, llamándose á veces *lengua tostada* la que presenta este último aspecto. El vino, los cocimientos y polvos de quina y otras sustancias pueden dar á la lengua un color negruzco puramente accidental.

»Si se aplica á la lengua cubierta de capas blancas y amarillentas un papel reactivo, se advierte constantemente una acidez mas ó menos marcada, y que depende de la cualidad misma del moco lingual, que es ácido en el estado fisiológico; pero cuando la saliva afluye á la boca en cierta cantidad, esta acidez se debilita, se neutraliza y aun se remplaza con la reaccion alcalina propia de la saliva, lo cual sin embargo es raro: asi se esplican las diferencias observadas por los que han estudiado las mucosidades bucales. Uno de nosotros que las ha examinado muchas veces, ha visto que cuando el moco lingual es bastante abundante para mojar el papel azul, se enrojece este, á no ser que lo neutralice la saliva. Donné encontró el moco lingual muy comunmente ácido, y creyó deber referir esta cualidad á una irritacion gástrica; opinion que el mismo autor ha abandonado despues. Bouillaud ha visto grandes variaciones acerca de estos puntos: en 43 casos en que ha examinado el líquido, era ácido 23 veces, y no ácido 20 (*Clin.*, etc., p. 315). No sabemos como esplicar estos resultados; pero de todos modos no se debe dar importancia alguna á los signos que suministra el exámen de los líquidos bucales.

»D. *La forma* de la lengua es natural en

el mayor número de casos; pero á menudo está ancha y se estiende bien encima del labio inferior. Algunas veces, sin embargo, está redondeada, cilíndrica, en forma de *lengua de papagayo*, ó muy contraida y puntiaguda á manera de lanza; por último, en algunos casos está retirada al fondo de la boca, y Louis la ha encontrado notablemente engrosada é hinchada en varios sugetos.

»La figura de este órgano se halla determinada ordinariamente por la contraccion de sus músculos intrínsecos; si estos se contraen involuntariamente, aparece pequeña y retraida.

»E. *Los movimientos* de la lengua, naturales y fáciles en la mayor parte de los casos, se alteran cuando avanza la enfermedad y en las formas graves. Está *vacilante*, *temblona* ó se saca con prontitud fuera de la boca, y queda *como olvidada* entre los dientes ó los labios; en otros sugetos no puede salir de esta cavidad, ya porque el enfermo no tiene conciencia de su estado, y ya por las gruesas capas, la estraordinaria sequedad, las resquebrajaduras y á veces las ulceraciones, que la impiden moverse con facilidad. Esta lesion de los movimientos se manifiesta en las formas atáxica y adinámica, y esplica tambien la imposibilidad en que se encuentra el enfermo de articular palabras inteligibles, aun cuando no esté atacado de delirio.

»*La estructura* de la membrana mucosa lingual rara vez se halla alterada, prescindiendo de las resquebrajaduras del epitelium: de 57 sugetos curados de la fiebre tifoidea solo dos habian tenido ulceraciones en la lengua (Louis, *loc. cit.*, p. 494): todavía es mas raro que esté reblandecida.

»Si investigamos ahora la significacion de los diferentes síntomas sacados del estado de la lengua, desde luego veremos que los mas importantes son: la rubicundez, la sequedad y la presencia de capas blancas, amarillentas ó negras. En vista de muchas observaciones, se ha cerciorado Louis de que estos tres estados morbosos de la lengua no indican de modo alguno que se halle alterada la membrana mucosa del estómago: esta se hallaba mas ó menos profundamente alterada con estados iguales de la lengua, ya apareciera esta natural ó casi natural, ó ya ofreciera un aspecto morboso muy marcado (*loc. cit.*, pág. 476). Andral por su parte ha obtenido resultados semejantes. «No estan mas en relacion el estado de los intestinos delgados y el de la lengua, que el de esta y el del estómago» (*loc. cit.*, p. 531 y 533). Este hecho se halla reconocido por todos los patólogos. Háse renunciado generalmente á la opinion emitida por Broussais acerca de la causa de la rubicundez de la lengua, y son muy pocos en el dia los que la consideran como signo de una flegmasia gastro-intestinal. Son muchas las condiciones morbosas que contribuyen á dar á la lengua su color y sus capas, etc., y casi todas se encuentran reunidas en los desgraciados que padecen la fiebre tifoidea. Efectivamente, un movimiento febril muy intenso y continuo, una respiracion frecuente y fatigosa, una sed viva, continua, que no se satisface en los hospitales tan á menudo como convendria, las capas viscosas y gruesas de la lengua, la exudacion sanguinolenta y el delirio, tales son las causas que obran de un modo físico ó químico sobre el estado de la mucosa lingual. No debe olvidarse que las capas gruesas, amarillentas ó blancas y mas adelante negruzcas, sin ser propias de la fiebre tifoidea, se presentan en ella con mas frecuencia que en las demas enfermedades.

»Tambien merecen estudiarse las *sensaciones* que esperimenta el enfermo en la cavidad bucal: ora se siente una sequedad y un calor notables en toda la boca; ora un gusto soso ó estraordinariamente amargo, ó como dicen algunos pacientes un sabor á bilis; otros tienen un sabor pastoso ó de tierra, y no les sabe bien ninguna bebida: ya veremos que muchas indicaciones terapéuticas se han fundado en algunos de estos síntomas (V. TRATAMIENTO).

»*Boca posterior y faringe.*—Cuando se examina la boca posterior y los pilares del velo del paladar, se encuentran los mismos fenómenos que en la cavidad bucal: vése por ejemplo, rubicundez sola ó con hinchazon en los pilares del velo del paladar ó en la campanilla, cuyos síntomas no son raros. En algunos casos se halla tambien una amigdala roja, hinchada ó cubierta de películas difteríticas, que á veces se estienden á la bóveda palatina; por último, estan ulceradas las amigdalas, la bóveda del paladar ó la faringe. De 32 sugetos observados por Louis, 20 presentaban alguna ó algunas de estas alteraciones: los fenómenos mas ordinarios eran la rubicundez y la hinchazon, y solo en dos casos se notaron las ulceraciones de los pilares y del velo del paladar (*loc. cit.*, página 496).

»*Alteraciones de la deglucion.*—Los enfermos tragan las tisanas con dificultad, cuando la enfermedad está adelantada, cuando tienen delirio ó se encuentran en un estado ataxo-adinámico. Concíbese en efecto, que en esta época está demasiado alterada la accion de los órganos que sirven para la deglucion, para que deje de resultar una disfagia, que por otra parte se esplica en otras circunstancias mucho mas raras por la rubicundez, la hinchazon, la ulceracion de los pilares, del velo del paladar, de la faringe, de la epiglotis ó del esófago. Se ha admitido tambien la paralisis y el espasmo de los músculos encargados de la deglucion; pero esta última causa es rara (V. *Síntomas espasmódicos*).

»*Alteraciones de las funciones digestivas.*—*Anorexia.*—La pérdida del apetito es un síntoma casi constante, y que se manifiesta muy pronto aunque en diferentes grados. En gene-

ral los enfermos principian por perder el apetito durante muchos dias, á veces dos ó tres semanas y aun mas, antes de dejar de ocuparse en sus tareas ó de quedarse en cama; disminuye, pues, poco á poco el deseo de los alimentos, y cuando la enfermedad está desarrollada, hay anorexia y hasta aversion á las sustancias alimenticias. En algunos casos mas raros, se conserva el apetito hasta que empieza la calentura. Puede asentarse por regla general, que la anorexia persiste siempre durante el primer período y el de incremento de la enfermedad. Respecto de la época en que cesa, hay muchas variaciones: la disminucion del estado febril y de los síntomas abdominales precede ordinariamente al restablecimiento del apetito y anuncia la convalecencia, pero no de un modo seguro en todos los sugetos. Piden alimentos aquellos en quienes conserva la lengua su color y humedad naturales, y por el contrario, mientras sigue cubierta de capas y aparece seca y pegajosa, hay anorexia: sin embargo, muchos enfermos con estos signos aseguran que tienen ganas de comer. Por lo demas, tanto la anorexia como los demas síntomas gástricos que vamos á examinar, no indican un estado morboso del estómago, sino solamente una alteracion simpática. Es necesario distinguir con cuidado el apetito *real*, del que podria llamarse *razonado*, para dar á entender que el enfermo no dice tener necesidad de comer, sino porque cree que la debilidad, la prolongacion del mal, ó cualquiera otra causa no menos quimérica, exigen imperiosamente se le den alimentos: en semejantes casos seria peligroso dejarse llevar de los falsos instintos del enfermo.

»*Sed.*—La sed es un síntoma frecuente, pero que existe en grados variables en los diferentes sugetos: al principio es poco intensa; se aumenta á medida que crece el movimiento febril, ó que se seca y cubre de capas la lengua. Sin embargo, hay enfermos que beben muy poca tisana, aunque la lengua esté seca y parduzca. En este caso es preciso tener muy presente el estado de la inteligencia: los que deliran ó se hallan sumidos en un estado adinámico, suelen rechazar el vaso que contiene la tisana ó volverla desde el fondo de la boca. El mayor número de los enfermos que presentan dicho estado de la lengua, beben con grande avidez la tisana, aunque se les de á cada instante.

»La intension de la sed no anuncia una lesion gástrica; porque ha faltado esta en enfermos que tenian una sed viva é incesante. En general es mas moderada en los que tienen la lengua con capas blancas ó amarillentas y la boca amarga ó pastosa.

»Los enfermos desean bastante á menudo tisanas frias y acídulas no azucaradas, en cuyo caso se debe acceder á este deseo instintivo; algunos prefieren las bebidas amargas ó aromáticas; la mayor parte piden todos los dias que se les prescriba otra tisana, porque la de la víspera les parece mala e incapaz de refrescarlos.

»La intension del movimiento febril, y tambien del calor cutáneo, el sudor, la falta de las diferentes capas de la lengua y la frecuencia de la respiracion, son los síntomas que mas ordinariamente coinciden con una sed viva y quizá sean su causa.

»*Náuseas.*—La mayor parte de los enfermos graves sienten ganas de vomitar con ó sin dolores en el epigastrio. Louis observó náuseas en doce de veintiun sugetos que sucumbieron; y advierte que les duraban poco, y en el mayor número de casos se manifestaban en una época mas ó menos distante de la aparicion de los primeros síntomas (*loc. cit.*, p. 458). Otros autores dicen haberlas observado muy rara vez, y esas sobre todo al principio de la afeccion y durante pocos dias. Pueden volver á presentarse mas tarde con el vómito. El síntoma que nos ocupa, lo mismo que los demas que vienen espuestos, no guarda relacion con el estado morboso de las membranas del estómago (Louis, p. 459; Andral, *Clin. méd.*, *loc. cit.*, p. 541).

»*Vómitos.*—Constituyen un síntoma que no es raro en la fiebre tifoidea. Louis dice, que de 43 sugetos que se curaron, y cuyas funciones digestivas se estudiaron cuidadosamente, 19 tuvieron náuseas, y 20 vómitos; y de 20 fallecidos, en quienes se averiguó la existencia de este síntoma, solo 5 habian tenido vómitos espontáneos, en los otros 7 habian sido provocados y faltaron completamente en 8 (*loc. cit.*, p. 450 y 462). En último resultado podemos decir, que de 63 sugetos 25 tuvieron vómitos; por manera que este síntoma es algo mas frecuente que las náuseas.

»Varia mucho la época en que se manifiestan los vómitos; por lo comun es al principio, y desaparecen prontamente; algunas veces los causan las bebidas que toma el enfermo ó el uso de los vomitivos, y en otros casos se presentan por primera vez durante el curso del segundo ó del tercer septenario y aun mas adelante, siendo entonces mas persistentes y mas graves que los que se observan al principio: los síntomas coexistentes son las náuseas y el dolor epigástrico.

»Las *materias vomitadas* estan formadas comunmente por bilis verde, porrácea ó amarillenta, ó bien por un líquido viscoso, poco amargo y mucoso. Hemos tratado de averiguar muchas veces si las materias vomitadas son ácidas ó alcalinas, y con mas frecuencia hemos notado la primera cualidad, á causa de la mayor cantidad que contienen de jugos gástricos que de materia biliosa.

»Los vómitos solos no pueden considerarse como síntoma de una lesion del estómago (Andral, p. 541; Louis, 459); pero dice Louis que debe temerse su desarrollo, cuando se agregan á los vómitos dolores epigástricos. Tenemos á

la vista cinco observaciones de vómitos acaecidos del vigésimo al trigésimo dia, y han durado mas de ocho dias; la lengua no presentaba en ningun caso rubicundez patológica, y despues de la muerte nada se encontró en el estómago, cuya membrana interna estaba descolorida y no mamelonada. La causa de estos vómitos parece ser en muchos casos una simple alteracion nerviosa. Entonces los sugetos que los padecen, vomitan tenazmente una ó dos veces al dia durante un septenario y aun mas, las bebidas y los medicamentos que se les dan, y á menudo estos mismos sugetos digieren muy bien el caldo ó la sopa que se les concede, y concluyen por restablecerse á pesar del alimento, cuyo uso pudiera haberse creido prematuro.

»La frecuencia de las náuseas y de los vómitos biliosos no es igual en todas las fiebres tifoideas: algunas veces son tan predominantes estos síntomas, que se los ha referido á una forma particular designada con el nombre de forma biliosa de la fiebre tifoidea, y se han considerado como un efecto de *saburras gástricas* ó del estado bilioso, deduciéndose de aqui ideas importantes para el tratamiento. Ya veremos mas adelante si son fundadas las doctrinas emitidas sobre este asunto. (V. ESPECIES Y VARIEDADES.)

»*Alteraciones de la sensibilidad epigástrica.*- Estas alteraciones consisten en dolores espontáneos en la region epigástrica, ó provocados por la presion hecha en este punto. Los primeros mas bien son sensaciones incómodas que verdaderos dolores; los enfermos se quejan de peso, de constriccion y de incomodidad en el epigastrio, debajo del esternon, hácia el apéndice sifoides ó en ambos hipocondrios. Las alteraciones de la sensibilidad se aumentan algunas veces por la presion, y otras determina esta un dolor muy vivo, que puede preceder ó acompañar al vómito.

»El sitio del dolor epigástrico es el estómago, y puede tambien ser el colon dilatado por los gases. Hemos observado algunos casos, que nos hacen sospechar que la causa de este dolor epigástrico es á veces una simple gastralgia, producida por gases formados en la cavidad del estómago. Los dolores epigástricos no deben considerarse como síntomas de una flegmasia visceral, á no ser en algunos casos raros en que hay vómitos al mismo tiempo

»*Intestinos delgados y gruesos.*—La figura del vientre se aparta mucho de la natural, no al principio de la enfermedad, sino en el curso del primero y del segundo septenario. El vientre está uniformemente hinchado en todos sus puntos, y se ve fácilmente que esta tumefaccion depende de la dilatacion gaseosa.

»*El meteorismo* existe principalmente en los intestinos gruesos, donde se encuentran casi esclusivamente los gases despues de la muerte. Su desarrollo se demuestra durante la vida, comprimiendo el vientre con la mano, la que esperimenta entonces una resistencia muy fuerte y uniforme. Cuando se hace esta esploracion, contraen muchas veces los enfermos la pared abdominal á causa del dolor que provoca la presion, ó por un movimiento instintivo que dificulta la esploracion abdominal. Por la percusion se pueden reconocer fácilmente los puntos que ocupan los intestinos dilatados; y de este modo se ve que todo el vientre, y en especial la region hipogástrica y los dos hipocondrios, dan un sonido muy claro. La percusion es tambien el único medio de conocer que los intestinos gruesos han empujado el diafragma hasta una altura considerable, haciéndole subir por ejemplo hasta detras de la parte anterior de la tercera ó de la cuarta costilla izquierda. Cuando el meteorismo llega á este grado, y aun siendo menor, molesta ó acelera la respiracion, que ya era dificil á consecuencia de los líquidos que se acumulan en los bronquios ó en el tejido pulmonal, y favorece tambien las perforaciones intestinales. El meteorismo es tanto mas constante, cuanto mas gravemente afectados estan los sugetos. De 20 que murieron solo 3 no habian tenido este síntoma, si bien tampoco faltó mas que en 15 de 75 que se curaron (Barth., ob. cit. de Louis, p. 454). Asi es que constituye uno de los mejores síntomas de la afeccion tifoidea, y debe buscársele con el mayor cuidado, siempre que se trate de formar el diagnóstico de esta enfermedad. Louis, que ha comparado este síntoma en los sugetos muertos de fiebre tifoidea y en los fallecidos de otras enfermedades agudas, dice que se ha presentado 34 veces de 46 entre los primeros, y solo 6 de 80 entre los segundos (*loc. cit.*, página 452). Por lo demas este signo se manifiesta y desaparece en épocas que seria dificil determinar, y es mas durable en la forma abdominal que en ninguna otra: en general es grave y á menudo va en aumento hasta la muerte. No puede esplicarse la timpanitis por una alteracion de los intestinos gruesos, porque esta es rara y ademas se presenta mucho tiempo despues que la de los intestinos delgados. Sin mayor fundamento se ha atribuido á la putridez de las materias fecales, á la paralisis y á la atonia de las paredes musculares de los intestinos gruesos, cuya última lesion, aun admitiendo su existencia, dependeria del meteorismo y no seria su causa. Lo único que puede suponerse es que se desarrolla simpáticamente en los intestinos gruesos una secrecion gaseosa particular. El gorgoteo y los borborigmos no son mas que dos formas del meteorismo, como observa Forget (*loc. cit.*, p. 182).

»*El gorgoteo*, que resulta de la dislocacion de los gases mezclados con las materias líquidas contenidas en los intestinos, es un síntoma que consideran casi como constante la mayor parte de los autores. Se produce este fenómeno apretando con la mano los diferentes puntos de la region abdominal, y particularmente la fosa iliaca, donde se encuentra con mas frecuencia. Para percibir el gorgoteo, es preciso colocar

al enfermo en una posicion que favorezca la relajacion de las paredes abdominales; pues si hace esfuerzos para libertarse del dolor que le causa con frecuencia esta presion, ó por cualquiera otro motivo, no puede conseguirse percibir el fenómeno de que hablamos, aun cuando realmente exista. A menudo hay que emplear las dos manos apoyándolas alternativamente en cada una de las fosas iliacas, de manera que puedan desalojar los gases y los líquidos del intestino. Si se admitiese que el sitio esclusivo del meteorismo son los intestinos gruesos, lo que no nos parece completamente probado, el gorgoteo tendria tambien el mismo asiento. Sea de esto lo que quiera, es mas á menudo parcial que general, y limitado en el primer caso, segun el órden de frecuencia, á la fosa iliaca derecha, en frente del ciego y de la válvula ileo-cecal, ó bien á la fosa iliaca izquierda. Algunas veces es general, y entonces se le percibe en todos los puntos del vientre que se trata de comprimir. Con frecuencia es muy marcado, y puede oirse á alguna distancia el ruido que forman los gases y los líquidos al dislocarse. El gorgoteo depende en algunos casos de la formacion de burbujas grandes; pero en otros se forman pequeñas, produciendo al esplorarle la sensacion de una especie de crepitacion enfisematosa. Acompaña á la diarrea y se manifiesta desde el principio; pero sobre todo es frecuente en el segundo y tercer septenario (Chomel, p. 12).

»*Borborigmos*.-Quéjanse los enfermos de este síntoma, que acompaña á la diarrea y á menudo al meteorismo, cuando es poco marcado.

»*Diarrea.*—La diarrea es uno de los fenómenos mas constantes de la fiebre tifoidea; habia existido en 34 de los 42 sugetos de que habla Chomel (*loc. cit.*, p. 230). De 101 enfermos observados por Barth, solo cinco dejaron de tener diarrea (Louis, ob. cit., p. 439); la cual es tanto mas frecuente y mas prolongada, cuanto mayor es la gravedad del mal (Louis, p. 442). La diarrea empieza en épocas bastante diversas de la enfermedad: 1.º Precede á todos los demas síntomas y dura ocho dias ó tres semanas: este caso es el mas frecuente de todos; 2.º se declara al mismo tiempo que los demas síntomas, en el primer septenario; 3.º ó aparece en el curso de la enfermedad y con frecuencia del vigésimo al trigésimo dia; 4.º ó bien en la convalecencia.

»Esta division, hecha por Andral, representa muy exactamente las diferentes épocas en que aparece la diarrea, la cual puede tambien faltar enteramente. Por lo que hace á su intension, es muy variable: ora hace el enfermo ocho ó diez deposiciones cada dia, muchas veces cuatro ó cinco y aun una sola, lo que es bastante raro. El número de las cámaras no está siempre en relacion con la duracion de la diarrea. A veces persiste esta en el mismo grado sin aumentarse; pero en otros casos se hace cada dia mas intensa.

»Cuando se trata de averiguar las *relaciones que puede tener la diarrea con el estado del intestino* se ve: 1.º que la lesion de las glándulas de Peyero es frecuentemente la causa de la diarrea que sobreviene al principio y en todo el curso de la pirexia tifoidea ó en la convalecencia, estando exenta de toda lesion la membrana mucosa situada entre las referidas glándulas y la de los intestinos gruesos; 2.º en otros casos la membrana mucosa está roja, reblandecida ó ulcerada, cuyas lesiones esplican el desarrollo de la diarrea; 3.º puede existir una alteracion de los intestinos delgados y del colon; 4.º algunas veces no hay desórden alguno en el tubo digestivo, y sin embargo se ha observado durante la vida una diarrea muy intensa y duradera. La diarrea que se declara en la convalecencia franca ó imperfecta, resulta de la ulceracion de las glándulas de Peyero ó de los folículos aislados.

»*El estreñimiento* es un fenómeno bastante raro, que sin embargo puede existir al principio del mal, pero que no persiste mucho tiempo, principalmente cuando la pirexia tiene cierta intension. Con todo, se le ha visto continuar hasta la curacion ó hasta la muerte: algunas veces se le observa en la forma biliosa.

»*Cámaras involuntarias.*—Hácia el fin del último septenario y aun mas tarde todavía, cuando se declaran los síntomas atáxicos y adinámicos, no tienen ya los enfermos conciencia de su estado y no pueden retener las materias fecales: el estado comatoso produce el mismo efecto. El pronóstico sacado de la aparicion de este signo es muy grave; sin embargo, se curan muchos sugetos que han tenido esta incontinencia de las materias fecales.

»*Materia de las evacuaciones alvinas.*—Las materias arrojadas por las cámaras son duras, líquidas, gaseosas, ó contienen entozoarios. Las primeras que se arrojan son las únicas que conservan consistencia; pero no tardan en hacerse líquidas. Tienen un color amarillo de ocre, ó bien son parduzcas, cenicientas ó verdosas. Las cámaras estan formadas, ora por una especie de papilla negra ó verdosa, en la cual nadan algunos corpúsculos pequeños blancos, ora por mucosidades amarillentas mezcladas con estos mismos grumos. El olor de estas evacuaciones es estraordinariamente fétido, y se parece á menudo al que se desprende de los líquidos en putrefaccion.

»En algunos enfermos son las cámaras sanguinolentas: si la sangre se halla mezclada en corta proporcion con las materias sero-mucosas del intestino, el color de las cámaras es rojo claro, uniforme ó diseminado por zonas; otras veces se ven cuajarones negruzcos pequeños, que nadan en el líquido. Cuando la sangre exhalada es mas abundante, pueden estar las cámaras formadas casi en su totalidad por este líquido, y entonces tienen un color negro subido, que las asemeja á la sangre aca-

bada de sacar por medio de la sangria: en otras ocasiones tienen un color rojo mas claro ó violado. Las cámaras sanguinolentas anuncian siempre un estado grave, y deben inspirar grandes inquietudes. Por lo tanto ha de procurar el médico que no pasen desapercibidas; porque le instruyen del peligro que corre el enfermo, y le indicarán de un modo casi seguro que la afeccion es una fiebre tifoidea, si hasta entonces habia sido dudoso el diagnóstico (V. Diagnóstico y pronóstico). Ya hemos dicho en otro lugar (V. Anatomia patológica) que se encuentran á menudo en las deposiciones tricocéfalos, ascarides lombricoides y cristales.

»Los enfermos atacados de meteorismo arrojan gran cantidad de gases, de un olor fétido y repugnante, sin que disminuya aquel síntoma á pesar de la salida de estos. Los médicos partidarios del método evacuante no han dejado de apoyar su tratamiento en la indicacion urgente de espeler las materias líquidas y gaseosas acumuladas en el intestino, las que segun ellos, irritan la membrana mucosa y son reabsorvidas (V. Tratamiento).

»*Sensibilidad del vientre.*—El dolor abdominal reside en todo el vientre ó solo en algunos puntos de él. Donde con mas frecuencia se observa, es en el epigastrio, en la region ileocecal derecha y en la fosa ilíaca izquierda; pero como hemos hablado ya del dolor epigástrico, solo trataremos ahora del que ocupa otros puntos del abdomen.

»El dolor difuso ó local rara vez se manifiesta sin necesidad de escitacion: con todo, muchos sugetos se quejan de un dolor obtuso, sordo y profundo en todo el vientre, sin otro caracter particular; otros esperimentan en esta parte una sensacion de calor y de constriccion incómoda, y cólicos semejantes á los que causa una diarrea ligera. En general se aumenta el dolor cuando se comprime el vientre, y para provocarlo debe apretarse sucesivamente y con mas ó menos fuerza en todos los puntos de la pared abdominal. Entonces se encuentra casi constantemente, si no dolor, á lo menos una sensibilidad preternatural en la fosa ilíaca derecha, en el hipogastrio, y mas rara vez en la fosa ilíaca izquierda ó hácia el ombligo. Al practicar la presion que desarrolla el dolor, se percibe al mismo tiempo el gorgoteo.

»Es el dolor abdominal un síntoma muy frecuente; de modo que Louis no lo ha visto faltar mas que en cinco enfermos de cincuenta y siete que se curaron, y le observó en todos los que se murieron (p. 445). Andral no cree que sea tan frecuente (*loc. cit.*, p. 547). El dolor espontáneo no es comun; el provocado por la presion lo es bastante mas; pero acaso no tanto como supone Louis.

»Generalmente se manifiesta al principio: de 39 sugetos, en 16 se presentó el primer dia (Louis, p. 445). Tambien se observa en todo el curso del primero y del segundo septenario, y es raro que aparezca mas tarde. Cuando los enfermos deliran, ó cuando se ha hecho muy obtusa la sensibilidad, dejan de quejarse del dolor. Puede este desaparecer y volver mas adelante. Su duracion es de cuatro á quince dias (Louis, p. 446).

»El dolor es algunas veces muy vivo y semejante al de la peritonitis con perforacion del intestino: no hacemos ahora mas que indicar esta forma de dolor, que resulta de un accidente, del cual nos ocuparemos mas adelante (V. Complicaciones). Un dolor tan vivo es un fenómeno insólito en la forma comun de la fiebre tifoidea, y que hace temer una lesion profunda de las membranas del intestino. Pero no debe confundirse el dolor *intestinal* con el que ha observado Andral en algunos sugetos, y que depende de la sensibilidad morbosa de la piel, ó de una hemorragia acaecida en los hacecillos musculares de las paredes del vientre (*loc. cit.*, p. 549).

»El dolor no tiene ninguna relacion con la diarrea, porque á veces se desarrolla y desaparece antes que esta. Sin embargo, ambos síntomas proceden de una causa comun, que es la alteracion de los intestinos. Las hemorragias intestinales no vienen acompañadas de dolores de vientre mas vivos que cuando no se manifiesta este accidente. La intensidad de los dolores está, segun Louis, en proporcion con la violencia de la afeccion (*loc. cit.*, p. 449); sin embargo, hay sugetos gravemente afectados, que no se quejan de dolor alguno al comprimirles el vientre; pero debe tenerse presente el estupor y el estado de insensibilidad en que se encuentran entonces los enfermos. ¿Estará el grado del dolor en relacion con la gravedad y la estension de la lesion intestinal? Puede responderse negativamente; porque en efecto, asi como el dolor epigástrico se manifiesta á menudo sin que esté afectada la membrana mucosa, segun ya dejamos dicho; asi tambien la única alteracion que muchas veces se observa en enfermos que se han quejado de dolores de vientre, es la hipertrofia de algunas glándulas intestinales. Por otra parte, este síntoma aparece muy al principio y antes que se haya verificado la ulceracion. Dice Andral que ha visto faltar el dolor: 1.° en casos en que la membrana mucosa estaba roja; 2.° en otros en que se veian muchas glándulas alteradas ó solamente pústulas redondeadas; 3.° por último, en casos de ulceraciones en los intestinos delgados ó en los gruesos (p. 551). Algunas veces es tan profunda la ulceracion, que el peritóneo es la única membrana que se conserva, y sin embargo no ha habido dolor. Concluyamos, pues, que si este síntoma es frecuente en la fiebre tifoidea y no carece de valor, no puede, sin embargo, servir para indicar el estado de los intestinos; por manera que los datos terapéuticos que de él se han deducido, carecen de la importancia que les habian atribuido algunos médicos y toda la escuela de Broussais.

»Pocos son los enfermos que sienten dolores en la estremidad inferior del recto: cuando existen, ora son como de pujo, duran muy poco y acompañan á la diarrea; ora se reducen á una sensacion de calor ó de peso.

»Refiérense tambien á los signos que suministra la esploracion del abdomen, los fenómenos morbosos que pueden resultar de *alteraciones funcionales del hígado y del bazo.*

»*Hígado.*—Solo accidentalmente, y como complicacion, se presenta alguna vez la ictericia ó la sensibilidad del hígado, y las alteraciones del volumen de este órgano que dependen de la congestion ó de la flegmasia de su tejido (V. COMPLICACIONES). Mas adelante trataremos de averiguar, si en la forma biliosa estan alteradas las funciones del hígado (V. ESPECIES Y VARIEDADES).

»*Bazo.*—La hipertrofia *esplénica* es una lesion cuya existencia debe procurarse siempre comprobar por el tacto, y sobre todo por la percusion; porque solo á beneficio de este último procedimiento se puede descubrir el aumento de volumen del bazo, cuando, como sucede con frecuencia, no sobresale de las costillas; en cuyo caso nos privariamos, si no, de un signo importante de la fiebre tifoidea. Es tan frecuente la hipertrofia esplénica, que en las autopsias que ha practicado Louis, solo la ha visto faltar cuatro veces, y eso en sugetos que habian fallecido del vigésimo al trigésimo dia de la enfermedad ó mas adelante (t. I, p. 258). En casi todos los casos, dice Chomel, tiene el bazo mayor volumen que en el estado natural (*loc. cit.*, p. 264).

»Hemos dicho (ANATOMIA PATOLÓGICA), que el bazo era mas voluminoso en los primeros tiempos de la enfermedad antes del vigésimo dia, y que disminuia despues. Esta entraña llega á ser muchas veces tres, cuatro ó cinco veces mayor de lo natural, y entonces es fácil, por medio de la percusion, saber con esactitud sus límites; comprobándose en ocasiones que llega hasta el diafragma y pasa por debajo de las costillas, donde se manifiesta bajo la forma de un tumor redondeado, duro y con una superficie lisa. En razon del meteorismo de los intestinos gruesos, es algunas veces muy difícil fijar los límites del bazo hipertrofiado, ya tratemos de averiguarlos por el tacto, ya por la percusion.

»Muchos enfermos sienten dolor cuando se les comprime en la region ocupada por el bazo, ó en el órgano mismo cuando forma prominencia debajo de la pared abdominal; y esta *sensibilidad esplénica*, que no debe confundirse con la que se produce comprimiendo los intestinos gruesos dilatados por gases ó los intestinos delgados (dolor abdominal), se manifiesta tambien cuando se percute la region del bazo.

»Nos ha parecido, segun nuestras propias observaciones, que la hipertrofia y la sensibilidad esplénicas se manifiestan con mas frecuencia, y tienen mayor intension, en las formas graves, y principalmente cuando hay uno ó muchos recargos febriles en las veinticuatro horas (V. ESPECIES Y VARIEDADES, *forma remitente*).

»*Aparato de la circulacion.*—Estudiaremos sucesivamente los principales fenómenos de la fiebre, á saber: los *escalofrios*, *la temperatura cutánea*, *el sudor* y los diferentes estados del pulso, y despues procuraremos averiguar si la calentura es un síntoma constante de la enfermedad, ó si puede haber *fiebres tifoideas sin calentura.*

»A. *Escalofrios.*—Se marca muy frecuentemente el principio de la enfermedad por un escalofrio, que se manifiesta el primero y segundo dia (*escalofrio inicial*), y se reproduce á menudo en los cuatro primeros, y aun mas adelante en los sugetos que no han guardado aun cama, que continuan comiendo y trabajando. Louis cree que los errores del régimen son á menudo la causa de la repeticion de los escalofrios; porque estos se disipan en cuanto entran los enfermos en el hospital y se someten á una temperatura suave y constante. El escalofrio es en tal caso un síntoma de la invasion, y es muy raro que reaparezca en el curso del mal, á no ser que se desarrolle alguna lesion secundaria ó alguna complicacion (*escalofrio intercurrente*).

»Pueden manifestarse tambien los escalofrios en una condicion morbosa particular y que merece llamar la atencion del práctico, á saber, cuando existe una exacerbacion febril enlazada con la fiebre tifoidea. Cada dia ó cada dos, por ejemplo, sobreviene un ligero escalofrio por la tarde y despues se exacerba la fiebre; habiendo en una palabra un acceso remitente, el cual indica que debe hacerse uso del sulfato de quinina. Rara vez es intenso este escalofrio, á menos que no haya un verdadero acceso de fiebre intermitente simple ó perniciosa, de lo cual hemos observado muchos casos. Este escalofrio se podria llamar *remitente* ó *intermitente*, para distinguirle de los otros dos (véase *forma remitente*).

»El escalofrio de la fiebre tifoidea es ordinariamente ligero, errático, y desaparece cuando el enfermo está acostado ó se aproxima á la lumbre: algunos sugetos tienen tambien temblor. Louis no ha observado los escalosfrios mas que en una cuarta parte de casos (p. 126).

»B. *La temperatura de la piel* está modificada durante todo el curso de la enfermedad, por poco intensa que sea. Estas modificaciones pueden referirse á la sensacion que esperimentan los enfermos, á la que advierte el médico, ó á la que señala el termómetro; pero conviene guiarse solo por los resultados de este último medio de esploracion. Bouillaud, que ha hecho muchas investigaciones termométricas en los enfermos atacados de fiebre tifoidea, ha visto variar la temperatura desde 33.° hasta 40 ó 41 del centígrado (*Cliniq.*, etc., pág. 294). Examinada la del abdomen es segun este au-

tor de 40 á 41.° en los casos graves, de 38 á 39 en los de gravedad media, y de 36 á 37.° en los leves (*Nosogr.*, p. 119).

»Andral, que ha estudiado con mucho cuidado las variaciones de temperatura en la fiebre tifoidea, ha visto por temperatura máxima la de 41.°, 89 del cent. una sola vez entre 91 enfermos; por mínima 38.° trece veces; veinte y seis tuvieron 39.°; cuarenta y tres 40.°, y ocho 41.° del cent. El término medio fue 39.° 53. En veintitres niños de nueve á doce años ha encontrado Roger por término medio de temperatura en la fiebre tifoidea 39.° 77, y teniendo en cuenta solo los casos graves 40.° 41 (*De la temperature chez les enfants*, p. 49, en 8.°; Paris, 1844).

»Podriamos esponer tambien el resultado de nuestras propias observaciones; pero como no haria mas que confirmar el que ha dado ya á conocer Andral en sus lecciones públicas de patologia general, le pasaremos en silencio. Hemos observado como él, que el calor febril en la dotinenteria presenta caractéres muy importantes. Se eleva rápidamente y tiene á menudo mucha intension, cuando los demas síntomas estan todavia mal delineados; en general mide bastante bien la gravedad del mal; de manera que la temperatura es de 40 á 41.° en las formas mas graves, y se aumenta á medida que la dolencia adquiere mas intension. En la forma ataxo-adinámica es donde mas á menudo hemos visto la mayor temperatura. El incremento de esta es un escelente signo de la enfermedad; porque se manifiesta muchas veces muy á los principios, y tambien porque son muy pocas las afecciones que dan lugar á un calor tan elevado.

»El aumento de la temperatura dista mucho de ser siempre proporcionado á la frecuencia del pulso. Hay enfermos en quienes la temperatura cutánea es de 40.° y que tienen de 96 á 100 pulsaciones por minuto. Segun nuestras observaciones el pulso era fuerte, acelerado, y pasaba de 100 pulsaciones, en mas de la mitad de los casos en que la temperatura era de 39 y 40.° Roger cree poder asentar, que en la fiebre tifoidea de los niños contrasta á menudo una temperatura muy alta con la poca aceleracion del pulso (Mem. cit., p. 53). Esta misma falta de relacion hemos observado tambien en el adulto, pero no con tanta frecuencia.

»Aplicada la mano al vientre, sobre las costillas verdaderas ó en la axila, da á conocer fácilmente el aumento de la temperatura; cuyo grado se puede apreciar con aproximacion cuando se está habituado á fijarle con el termómetro, y por consiguiente á comparar la sensacion con los grados de la escala centígrada. La piel está cálida, urente, y hace esperimentar una sensacion penosa: se ha llamado calor acre y mordicante al que presenta estos caractéres. Este calor tan vivo se observa principalmente en los dos ó tres primeros septenarios, y viene á menudo acompañado de mador y aun de un sudor abundante, principalmente hácia la madrugada ó durante la noche.

»El calor febril no es igual en todas las horas del dia, pues muy á menudo se aumenta desde las doce de la mañana en adelante. En otros enfermos se calienta la piel hácia la una ó las tres de la tarde y mas rara vez hácia la media noche. Algunas veces se observan dos aumentos de temperatura cada dia ó cada dos, lo que constituye accesos verdaderos de fiebre remitente cuotidiana, terciana ó doble terciana. Estas exacerbaciones periódicas se habrian notado con mas frecuencia, si los médicos observasen siempre sus enfermos en la segunda parte del dia (V. ESPECIES Y VARIEDADES.—*Forma remitente*). La disminucion del calor es, en nuestro concepto, el mejor signo de la convalecencia confirmada (Véase CURSO, DURACION, etc.).

»La temperatura cutánea baja en muchos enfermos cuando se va aproximando la muerte, ó mas bien cuando han pasado de los treinta ó cuarenta dias, ó cuando se han estenuado por las diarreas ó se encuentran en un estado de marasmo. El mismo fenómeno acontece en la época en que sigue á los demas accidentes una adinamia profunda y mortal: nosotros le hemos observado en enfermos, que tenian vómitos y mucha diarrea con hemorragias intestinales y con gangrenas.

»No son muy raras las vicisitudes de la temperatura cutánea: «la piel presenta en algunas horas las alternativas mas rápidas de un frio glacial y de la mas elevada temperatura» (Andral, *loc. cit.*, p. 593). Hemos encontrado muchas veces estas singulares vicisitudes en la forma atáxica, en la ataxo-adinámica y en los casos en que habia una congestion pulmonal muy marcada.

»G. *Sudores.*—La sequedad de la piel es un síntoma frecuente en la fiebre tifoidea, sobre todo cuando reinan ciertas constituciones médicas y en algunas formas de la enfermedad. El sudor puede reducirse á un mador ligero, ó ser bastante abundante para empapar la camisa y las sábanas del enfermo. Los que tienen sudores abundantes, estan en general de mas peligro que los sugetos en quienes son moderados.

»El sudor se manifiesta en épocas muy diferentes. En general nos ha parecido tener una duracion bastante larga; continúa por ocho ó diez dias, y se prolonga á menudo durante la convalecencia. Louis le ha visto durar de diez á quince dias en este último período de la enfermedad. Los sugetos se sienten á menudo fatigados y debilitados por esta secrecion superabundante, que suele retardar su convalecencia.

»Ora no se verifica el sudor sino por la mañana y por la noche, ora continúa todo el dia. En el primer caso anuncia á menudo una exacerbacion febril cuotidiana y nocturna. Habíase creido que esta secrecion no dejaba de ejer-

cer una influencia saludable en la solucion de la enfermedad; no obstante, Louis no le ha observado nunca este caracter crítico (*loc. cit*, p. 132). Pero nosotros hemos podido comprobar dos veces del modo mas evidente la terminacion de la enfermedad por una crísis de esta especie. Lo mas comun es que el sudor fatigue á los enfermos, sin abreviar la duracion del mal, ni ejercer influencia alguna saludable en las demas evacuaciones, como por ejemplo en la diarrea, que hemos visto persistir tenazmente y por mucho tiempo, precisamente en enfermos que transpiraban mucho. Tambien hemos fijado nuestra atencion en la relacion que puede haber entre el sudor y los estertores bronquiales, y no hemos visto tampoco que la secrecion cutánea disminuya la congestion de la mucosa de los bronquios.

»D. *Del pulso.*—La aceleracion de los latidos del pulso es casi constante; hay muy pocas escepciones de esta regla, y todavia serian menos, si se tuviese en consideracion el estado del círculo desde el principio de la afeccion, durante su curso y despues de la curacion. En 27 casos de dotinenteria bien caracterizada, ha encontrado Bouillaud 68 pulsaciones por lo menos; y observa que, si aun en este último caso no se hubiese admitido aceleracion de pulso, se hubiera incurrido en error, porque despues de la curacion latia la arteria 50, 48 y 40 veces (*Clin.*, p. 290). En 14 casos de fiebre muy grave, el término medio del pulso en lo mas intenso de la enfermedad fué de 108, el máximum 120 y el mínimum 92.

»En 30 enfermos que sucumbieron, y cuyas observaciones conservamos, hemos encontrado por número mínimo de pulsaciones 72 y 92, y por máximo 116 y 156. Louis ha observado tambien que el pulso latia cien veces por minuto y aun mas en la mayor parte de los enfermos (p. 138). Añadiremos que no es posible establecer ningun principio general respecto de la aceleracion del pulso, porque está sometida á infinidad de variaciones. Tenemos á la vista todas nuestras observaciones, donde se encuentra indicado dia por dia el número de pulsaciones, y nos sorprende la estraordinaria variacion que se nota en el pulso de un dia á otro, sin haber cambiado las condiciones morbosas de un modo apreciable. Pondremos por ejemplo algunas cifras relativas á estas variaciones diarias, observadas muchas de ellas en épocas distantes de la terminacion fatal y del principio: primer caso 92, 120, 76, 96, 112, 76, 108, 120, 108, etc.: segundo caso 104, 116 durante tres dias; 108, 116, 112, 120, 112, 116, 96, 104, 128, 124, y la muerte: tercer caso, dia décimotercio de la enfermedad 80, 92, 96, 96, 104, 100, 92, 96, muerte. Estos ejemplos podrian multiplicarse, y siempre presentarian las mismas variaciones é irregularidades. Concluiremos, pues, que uno de los *caractéres del pulso en la fiebre tifoidea es presentar grandes variaciones de un dia á otro en su frecuencia.*

»¿Estará la frecuencia del pulso en relacion con la gravedad del mal? Es cierto que en general el pulso ha llegado á latir 116 y 120 veces por minuto en los casos mas graves; pero tambien debemos decir que muchos enfermos han sucumbido, sin haber llegado por término medio mas que á 96 y 100. Hasta vemos en los hechos que hemos recogido, que á menudo se ha verificado la muerte en una época en que el pulso solo latia de 96 á 100 veces, despues de haber latido 108 ó 116 durante mucho tiempo. Debemos, pues, concluir de nuestras propias observaciones, que no es la fiebre tifoidea mas grave la que ocasiona mayor aceleracion del pulso, y que no debe esta considerarse como signo de una terminacion fatal.

»Tambien debemos observar que el ritmo del pulso no está en armonia con el de la respiracion, ni con el grado de la temperatura. Podriamos citar muchos hechos en comprobacion de este aserto; pero no lo hacemos por no dar mas estension á este artículo, contentándonos con esponer algunos números. Primer caso: pulso, máximo 100 pulsaciones; calor 39°; respiracion 36. Segundo caso: pulso 96; temperatura 39; respiracion 20. Tercer caso: pulso 88; temperatura 40, 60; respiracion 24. Cuarto caso: pulso de 96 á 100; temperatura 39, 75; respiracion 28.

»No obstante la restriccion que acabamos de hacer, no deja de ser cierto que en la mayor parte de casos existe la frecuencia del pulso, y es un signo escelente de la fiebre tifoidea. Cuando el número de pulsaciones no pasa de 100, el pronóstico es en general favorable; mas allá de 132 es grave. Nos parece del caso advertir, que la fiebre se manifiesta antes que pueda descubrirse ningun padecimiento visceral (Andral, *loc. cit.*, p. 588), y persiste á menudo cuando ya se han disipado todos los síntomas locales.

»Sarcone ha observado la *lentitud del pulso* en la epidemia de Nápoles; pero estos casos son muy raros, y antes de admitirlos, convendria asegurarse de que se habia formado con esactitud el diagnóstico. Lo cierto es que Louis no ha encontrado nunca el pulso lento, á no considerar como tal el de un sugeto que tenia menos de 80 pulsaciones por minuto y se curó muy rápidamente (*loc. cit.*, p. 140).

»*Regularidad.*—En el mayor número de casos es el pulso regular. Andral dice que muy rara vez le ha encontrado irregular (*loc. cit.*, p. 591). Louis ha obtenido iguales resultados; pero los interpreta de un modo particular: de 17 enfermos en quienes estaba el pulso desigual, irregular, intermitente, pequeño, débil, trémulo y oscuro, en 11 encontró reblandecido el corazon; lo que le hace deducir que esta alteracion no era agena á la produccion de los síntomas observados (*loc. cit.*, p. 148). En medio de las variadas alteraciones que esperimentan todos los órganos, y con particularidad los de la circulacion, nada tienen de particular es-

tas irregularidades, estas desigualdades del pulso, y para esplicarlas no hay necesidad de apelar al reblandecimiento del corazon, que por lo demas no se ha observado en muchos casos en que habia presentado el pulso notables irregularidades durante la vida.

»El pulso se presenta intermitente y desigual, principalmente en la forma ataxo-adinámica, en los sugetos que ofrecen postracion y delirio. Hemos encontrado tambien este caracter del pulso en el momento en que disminuia la calentura y el enfermo iba á entrar en convalecencia. Consultando las notas que hemos recogido acerca de los signos de la convalecencia, vemos que muchos enfermos cuyo restablecimiento ha sido completo y rápido, tenian el pulso pequeño, desigual, intermitente á veces; de modo que este signo indicaba la terminacion del mal. Hasta nos parece que esta alteracion, puramente nerviosa, del círculo es bastante frecuente en la fiebre tifoidea, y tambien la hemos observado en la convalecencia de otras enfermedades agudas, sin que á nuestro modo de ver tenga el tratamiento influencia alguna en la manifestacion de semejante fenómeno.

»Bouillaud ha llamado la atencion de los patólogos sobre otro caracter del pulso, que consiste en una modificacion particular, que se ha llamado pulso *redoblado*, *dicroto*, *bis feriens*, y que se presenta frecuentemente en la fiebre tifoidea. «En todos nuestros enfermos con cortas escepciones, dice Bouillaud, atacados de una entero-mesenteritis bastante grave, hemos visto y hecho observar este caracter del pulso, caracter que se encuentra tambien algunas veces aun durante la convalecencia. En ninguna enfermedad aguda he observado hasta ahora tal modificacion del pulso, sobre todo en tanto grado y de un modo tan constante» (*Clin.*, página 292). Este signo tiene para nosotros mucho valor, aunque no le hayamos observado tan á menudo como Bouillaud.•Hemos hecho una observacion muy singular respecto del pulso dicroto, á saber, que en ciertas epidemias y en ciertas épocas se observa en la mayor parte de los enfermos; al paso que otros años se presenta solamente tres ó cuatro veces. Lo que decimos del pulso dicroto puede aplicarse con esactitud á otros síntomas.

»*Fuerza.*—El pulso ordinariamente fuerte, desarrollado, y hasta duro, en los sugetos robustos, cuyo sistema vascular está lleno de sangre, conserva estas cualidades durante el primer período de la enfermedad; haciéndose despues débil y deprimido, á medida que adelantan la postracion y el estupor, en una palabra, en el período adinámico. Algunas veces es el pulso blando y ondulante, y ofrece á menudo estos caractéres en los sugetos á quienes se ha sacado mucha sangre. En otros, no obstante el estado adinámico, permanece el pulso duro, concentrado y pequeño; pero lo mas comun es que el pulso sea débil, filiforme y depresible, escapándose al tacto. Este pulso es de muy mal agüero, y anuncia una adinamia profunda y una terminacion próxima y funesta.

»La *auscultacion* revela la existencia de los ruidos de fuelle y *de diablo* en las arterias, cuando los sugetos se encuentran en un estado cloro-anémico, que da lugar de un modo tan constante á estos ruidos, encontrados por Bouillaud en los enfermos tratados por las sangrias (*Cliniq.*, *loc. cit.*, p. 293). Ademas del ruido de fuelle *por inanicion* hay otro que tiene un origen diferente. Beau ha comprobado su existencia desde el principio mismo de la fiebre tifoidea, y antes que ningun tratamiento hubiese podido debilitar al enfermo; asi que este autor le atribuye á la plétora, y aunque no participemos de esta opinion, no por eso es menos exacto el hecho que ha dado lugar á semejante esplicacion. Por nuestra parte hemos observado muy recientemente en muchos enfermos un ruido de roce bastante fuerte é intermitente en la arteria carótida; pero nunca hemos oido el de fuelle *venoso* suave ó casi continuo, que á nuestro modo de ver caracteriza la cloro-anemia, á no ser que los enfermos estuviesen afectados de esta enfermedad antes de padecer la fiebre tifoidea. Asi es que, para reducir á su justo valor lo que se ha escrito acerca de este asunto, diremos que hay en las arterias un ruido de roce, ya desde el principio de la fiebre tifoidea, ya mas tarde, pero no el ruido de fuelle propiamente dicho, á no existir complicacion.

»*Aparato respiratorio.*—Son tan frecuentes las alteraciones de este aparato, que se puede decir que no hay dotinenteria grave, en cuyo curso no se encuentren en diferentes grados. Estudiemos sucesivamente: 1.º las alteraciones de la voz; 2.º los diferentes signos obtenidos por la percusion y la auscultacion del pecho; 3.º la tos y la espectoracion; 4.º el ritmo de la respiracion; 5.º el dolor torácico; 6.º el aire espirado.

»*Alteraciones de la voz.*—La voz conserva al principio su timbre natural; pero despues se vuelve débil, quejumbrosa y entrecortada por suspiros; de modo que á veces es difícil comprender lo que dicen los enfermos. Su voz sale con cierto trabajo, y es preciso invitarlos á hablar claramente, para poder entenderlos. Cuando tienen ya estupor ó postracion, hablan con lentitud, lo cual depende mas del estado en que se encuentra su inteligencia, que del de la laringe. Sin embargo, siempre hay que tener en cuenta la presencia de mucosidades viscosas y tenaces en la cavidad de este órgano, que á menudo no se arrojan sin trabajo, y que permanecen adheridas á la epiglotis y á la boca posterior, asi como tambien la dificultad que esperimenta el sugeto de mover la lengua para articular las palabras.

»B. *Disminucion de la sonoridad.*—Practicada la percusion en las diferentes regiones del torax, no da ningun signo apreciable; la sonoridad es natural en todos sus puntos, hasta en

la parte posterior é inferior hácia los sitios mas bajos de ambos pulmones, á menos que no haya una congestion ó una neumonia, que constituyen entonces complicaciones de que nos ocuparemos mas adelante (V. COMPLICACIONES). Mientras se oyen solamente en las ramificaciones bronquiales los estertores sonoros y húmedos que anuncian la congestion de la mucosa bronquial sola, no hay sonido macizo apreciable; pero por el contrario, se disminuye el sonido en el tercio inferior y posterior del pecho, ya á la derecha, ya á la izquierda, ya en ambos lados, cuando hay congestion en segundo grado ó apoplejia pulmonal, cualquiera que sea su estension, como lo hemos observado en dos casos (V. ANAT. PAT.). La resistencia de las partes al dedo que las comprime está aumentada; con todo, la disminucion del sonido y la resistencia digital no son tan marcadas como en la pulmonia simple. En muchos sugetos hemos encontrado notablemente aumentada la vibracion torácica enfrente del punto correspondiente á la congestion pulmonal. En otros, colocada la mano de plano en el pecho por delante ó por detras, se percibe muy á menudo otra vibracion muy fuerte, que acompaña á los movimientos respiratorios, y depende de los estertores sonoros graves que se verifican en los bronquios. Esta vibracion es distinta de la precedente, que solo se advierte cuando el enfermo habla, y que por otra parte tiene un valor semeiótico muy diverso.

»*Estertores tifoideos.*—Cuando se ausculta á un sugeto en quien se pueden seguir todos los períodos de la fiebre tifoidea, y que presenta la forma que se ha llamado *pectoral*, precisamente por el predominio de las alteraciones de la respiracion, se oyen dos especies de estertores, unos secos, otros húmedos, y ademas otros que participan de ambos caractéres. El estertor seco no es otra cosa que los estertores sibilante y de ronquido, que se mezclan entre sí, se suceden ó se dejan oir separadamente; el húmedo le constituyen los estertores mucosos con burbujas grandes ó pequeñas ó los subcrepitantes. Utilizaremos para su descripcion los estudios clínicos que sobre este asunto estamos haciendo de cinco años á esta parte.

»Los estertores secos, sibilantes ó de ronquido, que para abreviar llamaremos *estertores sonoros tifoideos*, se oyen en todo el pecho, ora delante, ora detras: la diseminacion de este estertor es una buena señal, á pesar de que algunas veces, cuando empieza á presentarse, no se le puede descubrir mas que en algunos puntos, principalmente hácia atras ó hácia la base de uno de los pulmones, que es donde mas á menudo se manifiesta, estendiéndose luego al resto del arbol aéreo. Pudiera compararse esta propagacion del estertor, ó mas bien la congestion bronquial de que depende, con la lesion intestinal que se verifica desde la válvula ileo-cecal hácia las partes superiores del ileon. Por lo demas se encuentran tambien los estertores sonoros hácia delante y en toda la estension del pecho. Tienen el caracter de variar de intension de un dia para otro, y muchas veces hasta en el corto tiempo que se tarda en auscultar al enfermo: rara vez se oyen con igual claridad en todos los puntos, pues se marcan, por ejemplo, mas en las partes posteriores del torax que en las anteriores.

»El estertor sibilante es algo mas comun que el de ronquido; casi siempre se unen para producir esos ruidos lastimeros, sibilosos, graves y penosos para quien los escucha. Son digámoslo asi tan sonoros y tan universales, que no se los puede confundir con los del catarro pulmonal simple. La aparicion de estos estertores se verifica algunas veces desde el principio; pero ordinariamente no tiene lugar hasta fines del primer septenario, hácia el sesto ó sétimo dia, y si la enfermedad es grave, van aumentando de intension en los septenarios sucesivos. En estos se oye otro estertor, que se mezcla con el precedente, y que reside casi esclusivamente en la quinta parte inferior y posterior de los pulmones, y con mas frecuencia en el derecho que en el izquierdo (Bazin, tésis citada, p. 18): tal es el estertor mucoso.

»Cuando las burbujas del estertor mucoso estan mezcladas con estertores sonoros, sibilante ó de ronquido, y ocupan las partes que acabamos de indicar, son tan características de la fiebre tifoidea, que casi pudiera fundarse en su sola existencia el diagnóstico de la enfermedad y darse con Bazin (th. cit., p. 18) al estertor que entonces resulta, el nombre de *estertor tifoideo*. Este síntoma indica la congestion de los bronquios, que llamaremos *congestion bronquial tifoidea* por razones que desarrollaremos mas adelante.

»Si se agrava la fiebre tifoidea y se estiende la congestion al tejido pulmonal, disminuyen con frecuencia los estertores ó dejan de oirse, ó bien las burbujas de los mucosos se hacen mas finas, y son remplazadas por un estertor subcrepitante que ocupa los mismos puntos: entonces es indudable la existencia de una congestion pulmonal.

»Louis considera con razon los estertores sibilante y de ronquido como signos tan característicos, que en los casos dudosos aconseja servirse de ellos para asentar el diagnóstico (p. 153). Nunca creeremos insistir demasiado en este punto; hemos visto por nuestra parte al estertor tifoideo faltar tan rara vez en la dotinenteria, que le tenemos por un signo tan importante de la enfermedad, como pueden serlo el gorgoteo, el meteorismo y las erupciones cutáneas.

»La duracion de los estertores sonoros es variable. Son mas raros y menos persistentes en la forma benigna, que en la grave; aumentan cuando la adinamia hace progresos, y entonces es cuando se los ve mezclarse con los estertores mucosos: al mismo tiempo sobrevienen el delirio, la dificultad de respirar y la postracion.

El pulmon, como todas las demas vísceras, esperimenta el influjo de esa fatal tendencia á las congestiones, que no es de los caractéres menos esenciales de la enfermedad, y que parece depender de la alteracion séptica de la sangre (V. Naturaleza). Hé aquí esplicada la gravedad de los síntomas que acabamos de examinar, y que son orígen de preciosas indicaciones, que no debe descuidar el médico (vejigatorios, tónicos, escitantes).

»D. *Respiracion áspera, ruido de espiracion, soplo bronquial, broncofonia.*—En los puntos en que algunos dias despues ha de presentarse el estertor sonoro, hemos oido á menudo una respiracion áspera, seca y penosa al oido, el cual no puede apreciar el murmullo suave y vesicular de la respiracion normal. Algunas veces se debilita en ciertos puntos la respiracion y apenas se oye el ruido respiratorio, aunque haga el enfermo fuertes inspiraciones. Estos síntomas, que solo existen al principio, son remplazados por una respiracion seca y despues por estertores sonoros, subcrepitantes, y últimamente por un soplo bronquial, que se diferencia del que corresponde á la pulmonia: es poco manifiesto, oscurecido por los estertores y se oye como mas distante del oido.

»Si se hace hablar al enfermo resuena la voz; pero esta broncofonia no tiene la limpieza que presenta en la neumonia y no entran los sonidos en el oido. Muchas veces obligando al enfermo á hablar hemos descubierto despues de cada palabra ó de cada frase un *ruido espiratorio* lejano, corto, pero distinto, y semejante al que hemos encontrado en los derrames de la pleura.

»E. *Tos.*— Es un síntoma casi constante de la enfermedad, y tanto mas frecuente, cuanto mayor la gravedad de esta. Rara vez empieza en los primeros dias, y por lo regular apenas se presenta hasta el sesto ó sétimo como los estertores sonoros. Louis la ha observado mas ordinariamente desde el tercero al duodécimo en los que han sucumbido, y del sesto al décimoquinto en los que se han curado; por manera que de sus observaciones, como tambien de las nuestras, podemos concluir, que en la dotinenteria grave empieza la tos mas pronto, y añadiremos que se prolonga mucho mas. Refiérese con frecuencia á una de las lesiones pulmonales que hemos descrito, y entonces no cesa hasta la muerte de los sugetos. En el mayor número de casos hemos observado estertores sonoros antes que se manifestase la tos, y creemos que no se debe aguardar á que esta empiece, para esplorar el pecho. Hace muchos años que tenemos costumbre de auscultar á los tifoideos todos los dias y antes que tosan, y de este modo hemos oido á menudo estertores sonoros, sin que hubiese tos todavia y hallándose la respiracion en el estado natural.

»En general es rara la tos mientras no hay mas que catarro bronquial; pero es frecuente y fatigosa desde que se efectúa la congestion pulmonal. Este signo nos ha indicado á menudo la trasformacion patológica de que hablamos, la cual se evidenciaba por medio de la auscultacion. La tos es incompleta, como abortada, cuando los enfermos tienen postracion ó delirio, y es mas frecuente por la mañana y en las épocas de las exacerbaciones febriles, que en las demas horas del dia.

»F. *Espectoracion y esputos.*—Los esputos son ordinariamente poco abundantes, y aun debemos añadir que en muchos sugetos es nula la espectoracion, en razon de varias circunstancias que no han determinado los autores que han escrito acerca de este asunto. Por regla general al principio solo viene acompañada la congestion bronquial tifoidea de una secrecion escasa; la cual hasta puede faltar en los primeros momentos, como lo indican los estertores sonoros, que como es sabido dependen de la hinchazon de la membrana mucosa ó de la presencia de una cantidad muy corta de líquidos. Mas adelante, cuando estos son abundantes, la espectoracion se hace difícil ó imposible por la debilidad en que caen los músculos del pecho, como los demas, y tambien por el delirio ó por la accion irregular y mal dirigida de las potencias musculares que desempeñan la espectoracion. En muchos sugetos se quedan como olvidados los esputos en los labios ó en el interior de la boca; por último la sequedad de la membrana que cubre interiormente esta cavidad y la costra fuliginosa de la lengua y de los labios, son tambien obstáculos que se oponen á la espuicion y á que se arrojen los esputos.

»Estos son blanquecinos, mucosos ó puriformes, espesos y sin aire mezclado; otras veces son trasparentes, viscosos, tenaces, forman hilo y tienen una figura estrellada, dependiente de la dificultad con que se arrojan fuera de la boca, ó de una alteracion particular de los fluidos segregados por los folículos y por las glándulas salivales (Chomel, p. 16). Uno de los mejores caractéres de los *esputos tifoideos* es su aspecto sanioso, oscuro, que depende de la presencia de la sangre y del moco, combinados en proporciones diferentes. Esta sangre proviene de la nariz al principio de la enfermedad, y despues de la exhalacion sanguinolenta de la membrana mucosa bucal. Los esputos son á veces aplanados y mas ó menos redondos; en otras ocasiones son gruesos y como carnosos: su olor es escesivamente fétido. En la convalecencia se aumenta su cantidad y cambian de naturaleza; son mucosos, mas blancos y contienen mas aire, siguiendo á veces teñidos de una materia negruzca ó mezclados con saliva, etc.

»G. *Frecuencia de la respiracion.*—Esta no se halla acelerada al principio; pero cuando se aumentan los estertores sonoros, y principalmente cuando son remplazados por los subcrepitantes, es raro que no se acelere, sin que deba por eso creerse que la disnea esté siempre en proporcion con los estertores bronquia-

les. Véuse muy á menudo sugetos, en quienes no se sospecharia nunca la estension y la naturaleza de la lesion pulmonal, si no se les auscultase el pecho; pues su respiracion permanece natural hasta el fin. Puede existir ademas en el pecho otra causa que produzca la disnea, una enfermedad ya antigua, como por ejemplo los tubérculos pulmonales, ó una afeccion intercurrente, como una pulmonia ó una pleuresia (V. Complicaciones). Tambien hemos considerado como causa de disnea la dilatacion gaseosa de los intestinos (V. *Meteorismo*).

»Parécenos que la gravedad de las alteraciones nerviosas es la causa de aumentarse el número de respiraciones. Este fenómeno se observa en los que estan de mas peligro: encontramos por ejemplo en nuestros apuntes, que mas de la mitad de los fallecidos han tenido de 36 á 40 respiraciones por minuto, siendo en ellos el máximo 48, el mínimo 8, y el término medio 36. La causa de la muerte ha sido ya el pulmon, ya el cerebro. Este asunto, que no hacemos mas que indicar, exigiria numerosas investigaciones, á que no podemos entregarnos en este momento. No hemos observado que la frecuencia de los movimientos respiratorios esté en proporcion con la del pulso; y la misma observacion han hecho Bouillaud y otros autores. Tampoco nos ha parecido que tenga influencia la temperatura en el ritmo de la respiracion. Quizá estan las mujeres mas predispuestas á presentar una respiracion mas frecuente.

»II. *Disnea y dolores del pecho.*—Algunos enfermos se quejan de fatiga y respiran con mucho trabajo. La disnea que se manifiesta en el período de invasion es un fenómeno nervioso; pero cuando se presenta mas tarde, se debe temer el desarrollo de alguna lesion pulmonal, y esplorar con atencion las vias respiratorias. Hay sugetos que esperimentan una constriccion muy penosa en toda la parte anterior del pecho, ó en el esternon y hácia el apéndice sifoides.

»El *olor del aire espirado* por los enfermos es ingrato, agrio ó aliaceo en el primer período, y tiene una fetidez estraordinaria y como estercorácea en el segundo. Bouillaud dice haber observado esta fetidez en el segundo período de la enfermedad, caracterizado, segun él, por el estupor y la alteracion séptica de los líquidos (*Nosog.*, *loc. cit.*, pág. 123-129). Obsérvasela tambien en otros períodos de la enfermedad, pareciendo favorecer su desarrollo la presencia en la cavidad bucal de capas mucosas, de sangre y de esputos, en una palabra, de materias que estan espuestas al contacto del aire y esperimentan una fermentacion bastante pronta. Cuando la respiracion se efectúa únicamente por la boca, favorece esta alteracion de las cualidades del aire espirado, y tambien tiene parte en ella la alteracion general de los humores.

»*Aparato cerebro-espinal.*—Recorreremos sucesivamente: 1.º *las alteraciones de los órganos de la sensibilidad*: A. general; B. especial (erupciones cutáneas, epistaxis, etc.). 2.º *Las alteraciones de las funciones cerebrales*: cefalalgia, vértigos, estupor, espresion facial, soñolencia, coma, delirio, ensueños, desvario, debilidad de la inteligencia, y pérdida de la memoria. 3.º *Las alteraciones de los movimientos*: hábito esterior, situacion del cuerpo, decúbito: A. *disminucion de la motilidad*; disminucion de las fuerzas, postracion de fuerzas, paralisis; B. *aumento;* convulsiones tónicas, contractilidad fibrilar; C. *perversion de los movimientos*; saltos de tendones, temblor de las mandíbulas, carfologia, etc.

»1.º *Síntomas de los aparatos de la sensibilidad*: A. *afecciones morbosas que se verifican en la superficie de la piel.*—Conviene examinar con separacion: 1.º las diferentes erupciones que se efectúan en la superficie cutánea, tales como las manchas sonrosadas y lenticulares, la sudamina, la miliar, la erisipela, etc.; 2.º las sufusiones sanguíneas (petequias y equimosis); 3.º las gangrenas.

»*Manchas sonrosadas lenticulares tifoideas, exantema tifoideo*, *papulas tifoideas*, llamadas impropiamente por algunos autores *petequias.*—Llámanse *manchas tifoideas* unas elevaciones del dermis, que constituyen verdaderas papulas pequeñas, de color sonrosado ú oscuro, que sobresalen ligeramente, desaparecen á la presion del dedo para volverse á presentar en seguida, de forma redondeada, oval ó irregular, y cuyo diámetro no escede de línea y media á dos. Tal es el aspecto ordinario que presentan las papulas tifoideas. Sin embargo, tendriamos una idea incompleta de ellas, si no añadiésemos que en muchos enfermos se manifiestan bajo el aspecto de una mancha roja, ancha como una lenteja, que sobresale de un modo notable á la vista y al tacto; no desaparece á la presion, é imita la erupcion papular que se observa al principio de las viruelas. Hemos visto ocho enfermos en quienes la papula tifoidea tenia todos estos caractéres, y constituia una erupcion tan confluente y manifiesta, que se hubiera podido confundir de lejos con las viruelas discretas: estos hechos se nos presentaron en la epidemia de 1844 á 1845. Esta erupcion confluente es muy diversa de la forma fugaz, en que las papulas solo aparecen en número de ocho ó diez en el vientre y en el pecho á manera de puntitos sonrosados, que apenas se encuentran si no se buscan con mucho cuidado: estas manchas no forman relieve notable, y desaparecen fácilmente con la presion del dedo. El asiduo estudio que hemos hecho de las erupciones tifoideas, nos ha convencido de que las papulas anchas y prominentes no desaparecen siempre cuando se las comprime con el dedo, y persisten mas que las manchitas sonrosadas. La piel permanece tambien pintada mas tiempo de resultas de las primeras que en las segundas.

»*Sitio.*—Las partes del cuerpo en que se observa la erupcion papular son, segun el orden de su mayor frecuencia: el vientre, la base y

toda la parte anterior del pecho; las partes posteriores del tronco, donde las hemos encontrado á menudo, por poco confluente que fuese la erupcion, y últimamente los miembros abdominales, el cuello y el rostro. El número de papulas disminuye á medida que nos alejamos de las partes anteriores del vientre y del pecho; sin embargo, en algunos casos las hemos visto mas confluentes en la region lumbar que en el vientre.

»*Número.*—Es muy variable: á veces solo se pueden contar una docena de papulas, y en otros casos hay tantas, que constituyen una verdadera erupcion cutánea, que se manifiesta particularmente en el abdomen y en el vientre.

»*Epoca en que aparece la erupcion.*—Los autores mas antiguos convienen en que la erupcion tifoidea se presenta del sétimo al décimo dia. Segun Chomel es muy raro que aparezca antes del octavo dia de la invasion de la enfermedad: de 54 casos no se ha presentado en ninguno antes del sesto dia (*loc. cit.*, p. 19 y 20). Resulta de sus datos, que las manchas se manifiestan con mas frecuencia desde el octavo al décimoquinto dia. Louis dice que no nos alejariamos mucho de la verdad, admitiendo que en la mitad de los casos se verifica la erupcion desde el sesto al noveno dia de la afeccion (p. 97). No es tan frecuente desde el dia décimoquinto al vigésimo y menos aun del vigésimo al trigésimo. Forget asienta igualmente que en la mayoria de los casos tiene lugar en el segundo septenario (p. 222), y lo mismo hemos observado nosotros. Por último, hay enfermos, aunque pocos, en quienes no se presentan por primera vez hasta mas adelante, despues del dia treinta ó durante la convalecencia: hemos visto varios casos de estos, y Chomel, Louis y Bouillaud citan tambien algunos otros. Quizá la erupcion papular es algo mas tardia en los casos leves que en los graves (Louis, p. 105).

»*Duracion.*—Es imposible fijar el tiempo que dura la erupcion papular tifoidea. Louis ha hallado por términos estremos, tanto en los fallecidos como en los curados, los números 3 y 17 (p. 103). Respecto de cada papula no se sabe todavia cuál es su duracion, aunque se cree que persiste cuatro ó cinco dias. Su resolucion se verifica sin descamacion, habiéndonos parecido solamente que deja por dos ó tres dias un color mas subido en la piel. Hasta hemos visto una especie de equimosis pequeño, en los casos en que las pápulas estaban formadas por granos que sobresalian de la superficie de la piel.

»*Frecuencia.*—Louis y Chomel consideran con razon la erupcion papular como uno de los mejores signos de la fiebre tifoidea, y el primero de estos autores rara vez ha dejado de verla. Sin embargo, dice que de 30 casos recogidos en el hospital de la Piedad, le ha faltado tres veces, y dos entre 24 enfermos observados en Hôtel-Dieu (p. 105). Chomel dice que ha dejado de observarla en 16 enfermos de 70, lo que viene á ser cerca de una cuarta parte del número total (p. 19). Bouillaud, que da mucha importancia semeiótica á este signo, asegura que los sugetos tratados con las sangrías, no le presentan tan á menudo como los demas (p. 228), y Louis ha visto casos en que un baño favorecia su aparicion.

»No puede establecerse la menor correlacion entre el número de papulas tifoideas y la intension de la enfermedad: se las encuentra diariamente en sugetos en quienes es tan ligero el mal, que se titubea en darle el nombre de fiebre tifoidea, de lo cual hemos observado muchos casos; y por el contrario se encuentran ocho ó diez manchas ó menos en enfermos que sucumben con los síntomas mas graves y en el período de agudeza. Hasta mueren algunos sin que se haya podido observar la presencia de manchas: estas no van tampoco en aumento con los síntomas.

»No deben confundirse las papulas tifoideas con las petequias, que son hemorragias sub-epidérmicas bien marcadas, ni con las picaduras de pulgas, ni con la erupcion miliar.

»B. *Sudamina*, *hydroa.*—La sudamina afecta con particularidad al tronco. Las partes laterales é inferiores del cuello y los huecos supra é infraclaviculares, son los puntos en que primero se presenta la sudamina y donde debe buscársela. Se desarrolla tambien muy frecuentemente en el pecho, cerca de las axilas, en el vientre, en las íngles y en toda la parte posterior del tronco, particularmente en la region lumbar, donde la hemos observado muchas veces; no estan exentos de ella los miembros superiores é inferiores; pero nunca se ha presentado en la cara.

»No siempre es fácil demostrar la presencia de la sudamina, sobre todo cuando hay pocas vesículas; pues para poderlas ver, es preciso que haya mucha luz y que caiga oblicuamente sobre la superficie afecta. La trasparencia de las vesiculillas es tal, que apenas pueden percibirse; pero se las descubre fácilmente pasando la pulpa de los dedos por las regiones que ordinariamente ocupan.

»El *número* de las vesículas que forman esta erupcion es tan corto en ocasiones, que solo se encuentran ocho ó diez diseminadas en cada region subclavicular ó en las partes laterales del cuello. Otras veces estan tan inmediatas entre sí, que forman una verdadera erupcion muy confluente. En semejante caso adquieren las vesículas unas dimensiones bastante grandes, ya porque se reunan, ya porque de suyo tengan mucho volumen; forman ampollitas que no son ya redondas y globulosas, sino ovóideas, prolongadas é irregulares, á manera de burbujas; se rompen fácilmente con el dedo y se desarrollan con mucha rapidez; por lo comun apenas tienen media línea; pero algu-

nas veces presentan línea y media ó dos y aun mas.

»Las vesículas de sudamina se desarrollan con mucha rapidez; de modo que de un dia á otro se encuentra cubierto de ellas todo el cuerpo. Estan llenas de un líquido trasparente y ácido al principio. Andral, que se ha propuesto muchas veces averiguar la reaccion que daba el líquido de las vesículas, la ha encontrado siempre ácida; y Piedagnel nos ha asegurado tambien, que tal es la naturaleza de dicho líquido, que compara con el sudor retenido debajo del epidermis. Sin embargo, cerca de la axila, y en otros sitios donde hay muchos folículos sebáceos, puede ser alcalino. Pasado un tiempo bastante corto es reabsorvido este líquido, y las vesículas, que eran globulosas y estaban muy llenas, se arrugan, se aplastan, ó lo que es mas frecuente, se rompen con el roce de la camisa. Rara vez les hemos encontrado el color blanquecino que presenta la verdadera erupcion miliar. La duracion esacta de cada vesícula de sudamina nos es desconocida; Louis cree que es de tres á diez dias (p. 109). Al secarse forman escamas pequeñas y delgadas. Cuando la sudamina es confluente y de grandes dimensiones, se levanta á menudo el epidermis á pedazos de una á dos pulgadas y aun mayores, como sucede en los cadáveres en putrefaccion. El menor roce ó la presion con los dedos desprende tiras delgadas de epidermis, que ó estan humedecidas todavia por el líquido, ó secas ya: en este último caso las porciones de epidermis levantadas se arrollan como los fracmentos de la corteza delgada y blanquecina que tienen los álamos blancos y algunos otros árboles. A veces, aunque pocas, hemos encontrado en sugetos que tenian sudores, miliares mezcladas con vesículas trasparentes de la otra erupcion.

»*Frecuencia.*—La sudamina tiene un valor diagnóstico mucho menor que las manchas sonrosadas; sin embargo, no carece de importancia, y siempre debe el médico averiguar si existe: por nuestra parte la hemos observado dia por dia en nuestros enfermos, y hemos podido estudiarla completamente. De 78 sugetos observados por Louis y Barth, 76 tuvieron sudamina (p. 110). Esta erupcion no es menos frecuente en la infancia (V. ESPECIES Y VARIEDADES). Louis no la ha podido ver antes del duodécimo dia de la enfermedad; Chomel refiere su aparicion á la misma época (p. 25). La sudamina constituye una determinacion morbosa especial, semejante á las manchas lenticulares, y análoga tambien, á nuestro parecer, á la erupcion de los intestinos delgados. La naturaleza de esta erupcion nos es desconocida, y está, como los demas efectos morbosos, bajo el imperio de la causa general que produce la fiebre tifoidea.

»Habiendo presentado sudores mas ó menos abundantes en diferentes períodos de la enfermedad muchos sugetos atacados de sudamina, ha debido averiguarse, si tales sudores habian podido tener alguna parte en la produccion del fenómeno morboso de que tratamos. Louis dice «que en sus observaciones no estuvo la sudamina en relacion constante con los sudores; los cuales, por el contrario, se hallaban á veces en razon inversa de la erupcion, siendo muy copiosos cuando esta era escasa, y recíprocamente» (p. 108). «El estado particular de la piel, independientemente del sudor, tiene mucha influencia en el desarrollo de la sudamina; y hay un hecho que concurre á demostrar la verdad de este aserto, y es que en el sudor miliar, si se ha de dar crédito á las observaciones de Rayer, es rara la sudamina» (*loc. cit.*, p. 112). Somos enteramente de la misma opinion, por habernos cerciorado de su esactitud por nuestras propias observaciones. Tenemos actualmente á la vista ocho enfermos que han tenido sudores copiosos durante quince á veinte dias, y unos solo presentan un corto número de vesículas, otros ni siquiera tienen una; por lo que no podemos conformarnos con el modo de pensar de Bouillaud, quien dice que «los casos en que hay sudamina en sugetos que no han sudado, son escepciones muy raras» (p. 289). Cierto es que se encuentra esta erupcion en el reumatismo, en la neumonía, en las mujeres que padecen fiebre puerperal (hablamos de la sudamina, no de la miliar), y en otros casos en que ha habido sudores; pero solo es accidentalmente y con poquísima frecuencia, al contrario de lo que sucede en la fiebre tifoidea. La aparicion de la sudamina no puede considerarse como crítica; pues que no ejerce ninguna influencia saludable ni dañosa en los demas síntomas: si se aumentan la diarrea y la debilidad al mismo tiempo que se presenta la sudamina, depende de que la enfermedad adquiere nueva intension y los síntomas siguen la misma marcha.

»C. *Miliar.*—No han estudiado los autores suficientemente la erupcion miliar en la fiebre tifoidea. En sugetos que tenian sudores la hemos encontrado encima y debajo de las clavículas, sobre el esternon, y quizá mas á menudo en la region lumbar y en las nalgas; en una palabra, en los puntos en que está la piel habitualmente bañada por el sudor, que permaneciendo en ellos los irrita: á menudo la hemos visto en porciones de piel roja y á veces eritematosa. La erupcion de que hablamos ha durado poco tiempo en la mayor parte de los casos, y no creemos necesario decir que no se refiere á la fiebre tifoidea, sino solamente á los sudores que la acompañan.

»D. *Petequias*, *manchas lívidas petequiales*, *negruzcas*, *purpúreas*; *petequias adinámicas*; *máculas*, *vibices ó acardenaladuras*; *púrpura tifoidea* (Forget). Louis y Chomel no dicen nada de las petequias, lo que debe hacer creer que son raras en las fiebres tifoideas de nuestros paises. Efectivamente, se observan solo en un corto número de casos, bajo la forma de

manchas ó equimosis violáceos, cuyo contorno es regular ó irregular, y que imitan las picaduras de pulga, de las cuales es difícil distinguirlas; no desaparecen á la presion del dedo y ocupan las partes laterales del pecho, el abdomen, las piernas, y rara vez los miembros superiores. En los casos en que hemos observado estas petequias, nos han parecido dependientes de la alteracion de la sangre que determina las hemorragias: las hemos visto, por ejemplo, en un sugeto que murió rápidamente con hemorragias intestinales, y en otros dos que fallecieron en pocos dias de una fiebre tifoidea, que pareció un tifus por la rapidez de la muerte y la poca gravedad de la lesion intestinal. Si hubiéramos de referir á la fiebre tifoidea las calenturas malignas y petequiales que se observaron en los últimos siglos y á principios del actual, resultaria que las petequias eran un síntoma frecuente de la enfermedad. Pero este punto suscita numerosas dificultades. ¿Eran dichas fiebres idénticas á la tifoidea, al tifus ó á otras afecciones, tales como la fiebre petequial, la hemorrágica, etc.? De esto nos ocuparemos al hablar del tifus, cuando hagamos el paralelo entre esta enfermedad y las que se ha querido confundir con ella.

»Tambien se encuentran, aunque muy rara vez, manchas azules mas ó menos redondeadas, que deben referirse al equimosis, como que son una de sus formas. Forget, cuyas observaciones convienen enteramente con las nuestras, las describe de un modo muy esacto. «Son, dice, coloraciones lívidas (nosotros añadiremos azuladas), irregularmente redondeadas, que no forman prominencia alguna, sino que al contrario ofrecen una depresion perceptible; de dimensiones variables, desde dos á tres líneas hasta seis ú ocho de diámetro; que existen desde muy pronto, tienen una duracion indeterminada, y se observan con particularidad en los muslos, el pecho y los brazos. Son mas raras que las manchas sonrosadas; nos parecen mas comunes que las petequias, aunque apenas las hemos visto arriba de cuatro ó cinco veces, y á nuestro modo de ver no agravan notablemente el pronóstico» (ob. cit., p. 226). Por nuestra parte hemos encontrado estos equimosis en seis casos de intension media ó ligera, y los hemos estudiado con tanto mas cuidado, cuanto que nos llamaba la atencion el desacuerdo que habia entre la benignidad de la enfermedad y la causa ordinariamente grave que da origen á tales hemorragias. Chomel refiere tambien tres observaciones de esta clase: en una, que terminó por la curacion, presentaba el pecho manchas jaspeadas, semejantes á las escorbúticas (p. 380); en otra «se veian en el abdomen manchas grandes de color rojo azulado y de formas variadas» (p. 392); por último, en otra, que terminó por la muerte, habia en el pulso y en el abdomen equimosis anchos, que Chomel compara con los escorbúticos (página 296). Littré ha visto petequias del tamaño de un real de plata, y añade que en algunos de los puntos que ocupaban se gangrenó la piel, y que en el intestino se encontró la lesion descrita con el nombre de *escaras amarillas* (art. DOTHIENENTERIE, *Dict. de méd.*, 2.ª edic., p. 456). Dice el mismo autor, que cuando son pocas y pequeñas, no indican peligro grave.

»*Los vibices ó acardenaladuras* no son mas que equimosis de forma prolongada, semejantes á los que produce un latigazo; provienen de la misma causa, y no tienen otro valor semeiótico que las petequias. Littré hace mencion de ellos, y los coloca en el número de los síntomas de la fiebre tifoidea (art. cit., p. 456).

»En último análisis se ve, que las verdaderas petequias son raras en la fiebre tifoidea, y que si algunos autores hablan á cada instante de este síntoma, es porque le confunden con las manchas sonrosadas lenticulares, no obstante de ser fenómenos que tienen un valor semeiótico muy diferente.

»E. *Erupciones diversas.*—Se han observado algunas otras erupciones accidentales, que por ser de poca importancia, nos contentaremos con indicarlas: 1.º *la erupcion varioliforme* (Andral, obs. 25, 36, 146); 2.º algunas veces el *liquen simple* de poca duracion y producido por sudores abundantes; 3.º muy rara vez el *herpes labialis. La erisipela*, *los abscesos subcutáneos*, *la supuracion de la parótida*, son complicaciones cuyo estudio se hará mas adelante (V. COMPLICACIONES).

»F. *Gangrena de la piel y de los vejigatorios; úlceras.*—La mortificacion de ciertas partes de la piel es un accidente bastante comun en la fiebre tifoidea de forma adinámica ó atáxica, y que tiene demasiada conexion con la esencia misma de la enfermedad, para que coloquemos su historia entre las complicaciones. La gangrena se desarrolla casi esclusivamente, cuando la piel no está alterada de antemano, en las partes del cuerpo que soportan cierta presion y que reciben ademas el contacto de materias irritantes: estas partes son el sacro, las nalgas, los trocanteres, cuando ha habido necesidad de colocar al enfermo de lado, y tambien los codos y el occipucio.

»La gangrena ocasionada por el decúbito dorsal se forma hácia la parte inferior del sacro y en el coxis; empieza por ponerse la piel ligeramente encarnada, adquiriendo luego un color rojo muy vivo; despues se rompe el epidermis y queda descubierto el dermis, que está blanquecino, seco y duro, y otras veces de un color amarillento ú oscuro. Las partes cuyo color está alterado de este modo, se hallan ya gangrenadas, y la escara que forman comprende todo el grueso del dermis y se estiende al tejido celular subyacente. En ocasiones solo hay una simple ulceracion de la piel, que aunque superficial al principio, va cundiendo despues por las inmediaciones; en otros casos cubren la ulceracion de los tegumentos unas costras

pequeñas, oscuras ó amarillas. Si no se consigue detener los progresos de la gangrena ó de la ulceracion por medio de una limpieza estraordinaria, de un decúbito conveniente y de un tratamiento tónico, no tardan en manifestarse graves desórdenes. El coxis, el sacro y el tejido ligamentoso, quedan descubiertos, resultando de aqui una úlcera profunda, negruzca y horrorosa á la vista, que exhala un olor de gangrena insoportable, y cuya estension es de tres ó cuatro pulgadas ó mas. Si el enfermo resiste y el trabajo de eliminacion marcha de un modo regular, se caen las escaras; los tejidos inmediatos se limpian, se deprimen, se cubren de pezoncillos carnosos rojizos, que vejetan con mucha rapidez y llenan muy pronto el enorme vacio que habia dejado la úlcera. El trabajo de cicatrizacion se efectúa algunas veces completamente y sin estorbo; pero en otros casos se detiene; se desprenden los bordes hasta una gran distancia, ó se reblandecen, y á pesar de todos los esfuerzos que se hacen para acelerar la curacion, no se puede conseguir, porque se oponen á ella la diarrea, la pérdida de las fuerzas y el estado general. En tales circunstancias es desesperada la situacion del enfermo. Muchas veces tambien son causa de la muerte la supuracion que se verifica en la úlcera, el aniquilamiento de fuerzas que ocasiona, y por último la reabsorcion de las materias sépticas que cubren la superficie gangrenada.

»La mortificacion del sacro solo la ha observado Louis en una sesta parte de casos y en una época bastante adelantada de la enfermedad. Rara vez se presenta este accidente antes de la conclusion del segundo y aun del tercer septenario, y siempre pertenece á las formas mas graves de la fiebre tifóidea. Chomel y Genest han encontrado el tejido de la parte posterior de la cabeza infiltrado y dispuesto á la gangrena. Nosotros hemos visto escaras profundas en la piel de los talones, con principio de esfoliacion de los tendones de Aquiles, en dos sugetos que murieron de fiebre tifoidea á los treinta y cinco y cincuenta y un dias de enfermedad.

»La gangrena tiene tambien tendencia á desarrollarse en la superficie de los vejigatorios, y en la piel en que se han puesto sinapismos ó hecho fricciones con sustancias irritantes. En el primer caso adquiere el dermis un color blanco lechoso, que tiene un aspecto singular, ó bien deja salir sangre, la cual se coagula, forma una costra negruzca ó se mezcla con la materia de la supuracion, de donde resulta una sanies infecta que anuncia la podredumbre ó gangrena de hospital. Otra especie de alteracion puede sobrevenir en la superficie de los vejigatorios: fórmanse á veces en ellos ulceraciones pequeñas y redondeadas, que concluyen por perforar el dermis, que viene á ofrecer en cierto modo un aspecto semejante al de una regadera. Cuando la enfermedad propende á la curacion, la superficie del dermis toma mejor caracter, segrega un pus blanquecino y espeso, y se verifica la cicatrizacion. El estado de las úlceras tifoideas es casi siempre un reflejo esacto del general; de manera que cuando vemos que el primero se mejora, casi hay seguridad de que el mal camina hácia la curacion.

»En los sugetos gravemente enfermos las picaduras de las sanguijuelas presentan alteraciones, que hemos observado con bastante frecuencia. El cuajaroncito sanguíneo que oblitera la incision triangular se reblandece, se cae, y en su lugar se encuentra una abertura con los bordes perpendicularmente cortados y como si se hubiese hecho con un sacabocados: su fondo está formado por tejido celular rojizo, que á menudo se halla desprendido. Cuando hay muchas ulceraciones de estas, unas al lado de otras, la piel que las separa aparece violada, lívida, desprendida, y por último suele mortificarse. Estas úlceras son muy dolorosas, y ocasionan al enfermo agitacion é insomnio. Se forman por lo comun en las paredes abdominales á causa de las sanguijuelas que suelen aplicarse en esta region, y no tienen la gravedad de las escaras, aunque proceden tambien del estado general.

»G. *Colores morbosos de diferente naturaleza.*—En muchos enfermos graves ó afectados de adinamia, adquiere la piel un color cenizoso, aplomado, algunas veces térreo ó verdoso, principalmente en el rostro. El color amarillo, producido por la penetracion de la materia colorante de la bilis en la sangre, es accidental y depende de una complicacion, ó es sintomático de la forma biliosa de la fiebre tifoidea (V. Especies y Variedades). Los colores morbosos de la piel se observan solo en los casos mas graves, y parecen referirse á la alteracion general de la nutricion, que se estiende igualmente á la superficie cutánea, en la cual se verifican tantas determinaciones morbosas especiales (sudamina, papulas, petequias y sudores).

»*Cianosis tifoidea.*—Cuando la postracion, el sudor y las alteraciones del sistema nervioso, adquieren mucha intension, ofrece á menudo la piel de la cara dorsal de las manos y de las muñecas un color azulado ó de ladrillo, que depende de la estancacion de la sangre en los capilares. Los pies y las rodillas nos han presentado tambien esta *cianosis tifoidea*; la cual aparece todavia de un modo mas notable en la cara, en las megillas y en la estremidad de la nariz; obsérvase á menudo en los sugetos en cuyas vias respiratorias existen los estertores tifoideos de que hemos hablado, y suele depender tambien de la alteracion profunda del sistema nervioso, que no tarda en comunicarse á la circulacion. La cianosis puede durar muchos dias; pero es rara en los principios, á menos que empiece la enfermedad con mucha violencia y de un modo análogo al ti-

fus: fuera de estos casos se manifiesta por lo regular en el segundo ó en el tercer septenario. Una diarrea copiosa, meteorismo, saltos de tendones y delirio, acompañan casi siempre al color azulado de la piel. Ya hemos dicho que esta se halla con mas frecuencia fresca ó fria que caliente. Sentimos no haber esplorado las partes con el termómetro, para saber si la temperatura está realmente disminuida. Lo único que podemos decir es, que la temperatura axilar era muchas veces natural y aun mayor de 38° del centígrado.

»*Descamacion del epidermis.*—Debemos hablar tambien de otro fenómeno, que se verifica en la piel, y del cual no hacen mencion la mayor parte de los autores: nos referimos á la esfoliacion del epidermis. La piel, que estaba sucia, terrosa y cenicienta, se desembaraza por lo comun durante la convalecencia ó cuando se mejora el estado general, de las diferentes capas que habia en su superficie; sin embargo, es posible que en las formas graves exista una descamacion semejante á la que se observa en los exantemas. Se pone mas perspirable y adquiere su elasticidad y su color naturales. Esta descamacion se nota principalmente en las manos bajo la forma de hojitas amarillas y como trasparentes: tambien se advierte en la cara, cuello y pecho, en cuyos puntos se verifica por láminas y algunas veces tambien por anchos colgajos. El fenómeno que nos ocupa debe atribuirse principalmente á los sudores, que tan á menudo se presentan en el curso de la enfermedad.

»I. *Modificaciones de la sensibilidad cutánea.*—Solo en casos raros esperimentan los enfermos una sensibilidad viva en la piel. Andral dice, que alguna vez existia un dolor bastante agudo en la piel de las paredes abdominales, que se escitaba tocándolas: otras veces está abolida la sensibilidad cutánea (*Clin. méd.*, p. 639). Mas adelante hablaremos de la causa de estos dolores, y por ahora solo diremos que dependen con frecuencia de complicaciones, en cuyo caso no deben considerarse como síntomas de la fiebre tifoidea (V. COMPLICACIONES).

»J. *Olor exhalado por la piel.*—Se ha hablado mucho de la fetidez de los sudores en la enfermedad de que tratamos; pero esta opinion no tiene bastante fundamento: en cuanto al olor á raton que se dice exhalan estos enfermos, solo se observa en los sugetos que teniendo una postracion muy grande ó delirio, se orinan y no pueden observar toda la limpieza apetecible. El olor del sudor, de la orina y de las materias fecales, se hace todavia mas fétido por la falta de aseo habitual de ciertos enfermos que entran en los hospitales.

»*Alteraciones de la sensibilidad especial.*—A. *Síntomas del órgano de la vision.*—*Rubicundez ocular.*—La conjuntiva ocular ofrece una rubicundez, que ocupa principalmente el ángulo mayor del ojo. Existen vasos rojos, á menudo bastante voluminosos, en la esclerótica, ó una inyeccion tan fina que no se advierten las ramificaciones vasculares, hácia ambos ángulos del ojo, pero principalmente hácia el interno, donde se ve la carúncula lagrimal roja é inyectada. Estas rubicundeces dependen de la congestion de la membrana mucosa, y no son signos de inflamacion, como no lo son tampoco las congestiones que se encuentran en el bazo, en el pulmon y en las membranas mucosas de los intestinos. La rubicundez ocular se manifiesta ordinariamente en los casos graves, ya al principio de la enfermedad, ya hácia sus últimos períodos, lo que es mucho mas frecuente. Louis la ha observado en mas de la mitad de los casos terminados por la muerte.

»El *estado legañoso del ojo* está caracterizado por la secrecion de un moco espeso y puriforme, que se acumula hácia el ángulo ocular interno ó que se deposita en el borde libre de los párpados: por lo comun se concreta alrededor de las pestañas, ó cubre el globo del ojo formando capas blanquecinas pulverulentas que oscurecen la vision. La formacion de legañas es mas comun en los casos graves y adinámicos de la fiebre tifoidea que en los demas.

»Obsérvase tambien el *estado pulverulento de las pestañas*, debido á la estraordinaria sequedad de las mismas, que deja acumularse en ellas el polvo del aire atmosférico.

»Las alteraciones de la vision las estudiaremos al hablar de los vértigos. La espresion particular del ojo parece depender tambien del estado cerebral (V. *Estupor*, *Vértigos*, *Delirio*). Háse dicho que las pupilas estaban dilatadas durante la adinamia; pero no puede decirse nada de fijo acerca de este punto. Por nuestra parte hemos tratado repetidas veces de averiguar el estado en que se encuentra la membrana pupilar, y nos ha presentado tantas variaciones, que no hemos deducido consecuencia alguna. Los que sigan nuestro ejemplo no tardarán en echar de ver las grandes dificultades que impiden al médico poder deslindar la parte que toman la enfermedad y las diversas circunstancias que la acompañan, en las diferentes dimensiones que presenta la pupila. Los ojos estan á menudo secos, empañados y vidriosos; se dirigen indiferentemente hácia los objetos inmediatos y no hácia el médico, por mas que trate de llamar la atencion del enfermo: algunas veces hay tambien pestañeo.

»B. *Síntomas del órgano del olfato.*—*Epistaxis.*—El síntoma mas importante es la hemorragia nasal ó la *epistaxis* tifoidea. La hemorragia nasal es uno de los mejores signos de la enfermedad: solamente faltó en siete casos de treinta y cuatro en que fue grave la afeccion (Louis, p. 83). Barth la ha visto en la mitad de los casos que ha observado (Louis, p. 84). De ciento ocho enfermos la ha visto Jacquet en cuarenta y seis (*Recherches sur quelques points de l'histoire de la fièvre typhoide*, cuad. en 8.º, p. 12; París, 1845). Es menos frecuente en los casos leves que en los graves, y varia mucho la

época en que se presenta por primera vez: ora aparece al principio de la enfermedad con los pródromos, cuando el enfermo no se ha metido aun en cama ni suspendido enteramente sus ocupaciones; ora en el primero y segundo septenario, y aun despues. Louis la ha observado por primera vez despues del vigésimo dia: sin embargo, puede decirse en general que la epistaxis es mas frecuente en los dos primeros septenarios que en los siguientes, y nos ha parecido que se presenta mas bien en los casos graves que en los leves: de todos modos constituye un signo diagnóstico muy importante, por mas que falte en algunos casos graves y bien caracterizados desde el principio. En ciertos casos solo se verifica la epistaxis una ó dos veces al principio del mal, sin que vuelva á presentarse despues; pero por lo comun persiste por tres ó cuatro dias en diferentes grados, repitiéndose una ó muchas veces en las veinticuatro horas, sin que pueda establecerse la menor relacion entre la gravedad de la fiebre y la frecuencia de la hemorragia.

»Los enfermos que tienen epistaxis echan por la nariz algunas gotas de sangre que apenas llaman su atencion, y este fenómeno puede reproducirse muchos dias seguidos. En algunos sugetos es tan corta la cantidad de sangre que dá la membrana mucosa nasal, que no advierten el flujo, hasta que ven el moco nasal ensangrentado, ó los esputos teñidos con la sangre que cae por la abertura posterior de las fosas nasales. Otros tienen una epistaxis moderada, que no da mas que tres ó cuatro onzas de sangre; pero en algunos enfermos adquiere las proporciones de una hemorragia grande y terrible. Hace poco hemos visto á dos enfermos de nuestras salas, que echaron durante tres dias por la nariz una libra de sangre cada vez: estos dos casos terminaron en la muerte en una época poco adelantada de la enfermedad. Otro enfermo, que se hallaba sumergido en la adinamia mas profunda, se iba tragando la sangre á medida que salia por la abertura posterior de las fosas nasales, y arrojó dos veces por el vómito una libra de este líquido. En los niños es á menudo difícil comprobar la existencia de la epistaxis, á causa de la posicion que ocupan, y porque se tragan la sangre á medida que baja á la boca posterior. Algunas veces es el flujo tan abundante, que hay necesidad de taponar las fosas nasales.

»En los adultos la sangre se concreta en el orificio de la nariz, donde forma costras negruzcas, que hacen sospechar desde luego la existencia de la epistaxis, y algunas veces estan manchados de sangre seca el labio superior, la megilla y la nariz. Los que deliran ó se hallan postrados se meten automáticamente los dedos en las narices, cuyos orificios dilatan ó rasgan, formando en ellos la sangre manchas ó costras oscuras. Cuando este líquido cae en la boca posterior, se mezcla con las materias espectoradas, dándoles un aspecto parduzco que ya hemos descrito, y forma una costra negruzca ó una capa rojiza ú oscura, sobrepuesta á los esputos estrellados, viscosos ó espesos é irregulares, que arrojan los enfermos (V. *aparato respiratorio*).

»El *estado pulverulento de las narices* consiste en el color blanquecino de los pelos situados en los orificios de las aberturas nasales; color debido á los corpúsculos pulverulentos que se adhieren á estas partes. Este fenómeno depende de que, efectuándose la respiracion por la boca, no puede ya el aire arrastrar el polvo que se detiene en la entrada de las fosas nasales. Habíase considerado este fenómeno como precursor de un gran peligro; pero en el dia no se le da tanta importancia. Sin embargo, debemos decir que es mas comun en los sugetos gravemente afectados y que se hallan en un estado adinámico-atáxico: en este caso la entrada y salida del aire se verifica enteramente por la cavidad bucal.

»G. *Síntomas del órgano del gusto.*—Ya hemos hablado del estado de la lengua y de los demas signos que suministra el exámen de la cavidad bucal, por lo que nada tenemos que añadir acerca de este punto (V. *aparato digestivo*).

»G. *Síntomas del órgano del oido.*—Las alteraciones de la audicion consisten: 1.° en la perversion: y 2.° en la disminucion del oido. A la primera se refieren el zumbido y el ruido de oidos, y á la segunda la sordera.

»*Ruido de oidos.*—Los enfermos oyen ruidos variados, que ora comparan con el zumbido de algun insecto, con el murmullo que hace el agua corriente, y ora con otros de timbre agudo. Los ruidos sordos ó zumbido son mas comunes que los agudos. De 28 casos los ha notado Barth 21 veces, y de 101, 64. De 75 enfermos observados por Louis, 30 tuvieron zumbido, 53 el oido tardo, 9 dolores, y 4 otorrea (p. 80-91). El zumbido de oidos es un síntoma á veces muy penoso para el enfermo, y que aumenta el estupor. Casi siempre es doble, es decir, se siente en los dos lados; pero algunas veces ofrece mayor intension en uno que en otro; empieza con los primeros síntomas, ó no sobreviene hasta el segundo septenario, cuando adquieren mas gravedad las alteraciones nerviosas. En general este síntoma aparece mas cerca del principio de la enfermedad que de su último período.

»*Dureza de oido.*—El oido está muchas veces duro desde la invasion del mal; de modo que los enfermos oyen con trabajo como no se levante mucho la voz; pero nunca es muy grande la sordera, á no ser que la enfermedad esté adelantada y hayan adquirido mucha intension el estupor y el delirio. En ocasiones viene precedida de zumbido de oidos, y ciertos enfermos tienen ambos síntomas á la vez, atribuyendo su sordera á los ruidos que oyen continuamente. La sordera es un fenómeno mucho mas raro que el zumbido, y se manifiesta comunmente en una época mas adelantada de la enfermedad, y

á veces muy tarde, hácia el tercero y cuarto septenario.

»*Los dolores de oidos* son á veces efecto de una inflamacion del conducto auditivo ó del oido interno, y no los hemos observado sino en los sugetos que hacia ya mas de veinte dias que estaban enfermos, y dos veces al principio de la convalecencia. No tarda en manifestarse la otorrea, cuando hay alguna flegmasia en el oido; pero en otros casos no existe semejante inflamacion, y entonces el dolor es persistente (V. *complicaciones*).

»2.° *Alteracion de las funciones cerebrales*.—Los desórdenes que nos presentan las funciones de la inteligencia son: A. *la cefalalgia*, B. *el vértigo*, C. *el estupor*; *la soñolencia*, *el coma*, *el caro*, D. *el delirio*, E. *las alteraciones crónicas de la inteligencia* (*pérdida de la memoria*).

»A. *Cefalalgia*.—El dolor ocupa ordinariamente la region frontal, y con particularidad la supra-orbitaria; algunas veces se estiende á toda la cabeza, ó se fija primitivamente en el occipucio (Forget, *loc. cit.*, obs. 74). Lombard y Fauconnet le han observado tambien en este último sitio en enfermos que tenian *síntomas espinales* (*Études cliniques sur quelques points des fièvres tiphoïdes;* en *Gazette médicale*, p. 607 y sig.; 1843). Hablaremos de estos síntomas cuando tratemos de las complicaciones. Littré los ha visto en un enfermo que no tenia ninguna alteracion del cerebro ni de la médula (art. cit. del *Dictionnaire*, p. 452), y nosotros hemos recogido dos casos análogos, en los que se observaron al mismo tiempo fenómenos convulsivos insólitos en las formas ordinarias de la fiebre tifoidea. La cefalalgia general no es tan rara como parece indicarlo el silencio de los autores; pues por mas que se pregunte á ciertos enfermos qué parte de la cabeza les duele, no pueden circunscribir el sitio del dolor.

»La cefalalgia es por lo comun gravativa, y se llama entonces pesadez de cabeza; otras veces es tensiva y lancinante; pero casi nunca se hace muy intensa, aunque algunos enfermos se quejan mucho de ella, y llaman de tal modo la atencion sobre este síntoma, que podria sospecharse una complicacion cerebral, que en realidad no existe.

»La cefalalgia es un síntoma tan frecuente de la dotinenteria, que debe considerársela como uno de sus signos mas constantes: efectivamente, de 108 casos observados por Jacquot, no ha faltado siquiera una vez (mem. cit., pág. 11); Louis (t. II, p. 2), dice que de 57 enfermos solo dos no tuvieron dolor de cabeza. La cefalalgia es un sintoma tanto mas precioso, cuanto que marca casi constantemente la invasion del mal (Chomel, p. 8): su duracion mas comun es de ocho ó diez dias, y sus términos estremos de cuatro á veinte (Louis, *loc. cit.*). Unas veces va en aumento, y otras, que son las mas, permanece casi en un mismo grado y cesa en cuanto se ve acometido el enfermo de soñolencia ó delirio.

»B. *Vértigos*, *desvanecimiento de la vista*, *embriaguez tifoidea*.—Llámase vértigo tifoideo la sensacion que esperimenta el enfermo cuando se pone de pie ó sentado en la cama y mira los objetos que le rodean: parécele que oscilan, que tiemblan y que dan vueltas á su alrededor, y hasta cree que su cabeza da vueltas y se mueve. Este síntoma es de la misma naturaleza que las demas alteraciones nerviosas, como la cefalalgia por ejemplo, y por lo tanto no se refiere á la congestion cerebral imaginada por algunos autores. Manifiéstase al mismo tiempo que la cefalalgia y la acompaña por punto general. Sin embargo el vértigo persiste mas tiempo que la cefalalgia, y á menudo dura dos septenarios sin interrupcion. Solamente le sienten los enfermos cuando hacen algun movimiento ó se sientan en la cama; por lo que muchas veces es necesario mandarles tomar esta postura, para saber si existe. El estupor, los vértigos, la cefalalgia y el zumbido de oidos, son cuatro fenómenos que aparecen simultáneamente, y dependen sin duda de un mismo estado cerebral.

»C. *Estupor*, *soñolencia*, *coma*.—El estupor es una reunion de síntomas mas bien que un solo fenómeno. Cuando se le asigna por caracter la espresion de atontamiento y de indiferencia que presenta el rostro, se indica sin duda uno de sus principales fenómenos; pero no se le da á conocer enteramente. En efecto concurren á producir este estado morboso la espresion facial, el entorpecimiento de los sentidos, la inercia intelectual y la debilidad del sistema muscular.

»El estupor en su menor grado se conoce en la especie de indiferencia en que cae el enfermo. Está echado en la cama, soñoliento ó mirando lo que pasa á su alrededor con aire de no hacerse cargo de ello; deja de interesarse en sus asuntos y no piensa en sus parientes y amigos; calla y solo responde muy lacónica y prontamente cuando se le pregunta; lo que mas desea es que le dejen su inteligencia y memoria en el mas completo reposo. Marca este grado de estupor la inmovilidad de las facciones, ó para hablar con mas esactitud, la falta de todos los movimientos musculares capaces de dar espresion á la fisonomia. Sin embargo cesa este estado y se animan las facciones, cuando se piden al enfermo noticias de su enfermedad. *Estado de reposo de la inteligencia*, *de la motilidad facial y de la fonacion*; *falta de aptitud de los sentidos para entrar activa y espontáneamente en relacion con el mundo esterior:* tal es en resumen el primer grado del estupor, que corresponde ordinariamente al principio y primer septenario de la fiebre tifoidea.

»En el segundo grado, no solo hay falta de espontaneidad de la inteligencia y de los sentidos, sino que para hacerles entrar en ejercicio se necesita un estímulo bastante vivo y enérgico. Los enfermos tienen un aire de espanto y de estupidez cuando se los despierta, y ne-

cesitan cierto tiempo para poderse poner en relacion con las personas y las cosas que los rodean. Sin embargo, si se les pregunta procuran entender; pero sus respuestas son lentas, inciertas, cortas, unas veces acordes y otras disparatadas; les falta la memoria, y á pesar de los esfuerzos que hacen para recordar el principio de su enfermedad, no pueden dar noticias esactas acerca de él. Levantan los párpados con trabajo dejando ver un ojo vidrioso, seco é indiferente; tienen todavia los sentidos bastante despejados para mantener alguna relacion con su inteligencia; al sacar la lengua suelen dejarla como olvidada entre los labios ó entre los dientes; dan razon del sitio de la cabeza que les duele; mas en cuanto se acaba de preguntarles, vuelven á coger esa especie de sueño que se conoce con el nombre de soñolencia. Cuando el estupor recae en una mujer, se le puede examinar y tocar el vientre, sin que se alarme su pudor ni oponga la menor resistencia. Algunos sugetos estan muy desanimados y dicen tener certidumbre de su muerte: otros, por el contrario, aseguran sentirse bien en el momento mismo en que su existencia está mas comprometida.

»Por último, en el tercer grado la inteligencia está aniquilada, sin que haya no obstante delirio, sucediendo lo mismo con la sensibilidad especial. Los párpados estan cerrados, y si el enfermo les entreabre es con mucho trabajo y por cortos instantes. Tratando de levantar los párpados, se ve que oponen gran resistencia; el globo del ojo se halla dirigido hácia arriba debajo del párpado superior, ó bien en su posicion natural, y las pupilas estan inmóviles é insensibles á la luz. La boca se encuentra abierta, los labios colgando y á menudo agitados por un temblor continuo. Otras veces parece que el enfermo balbucea algunas palabras incoherentes. La respiracion es ruidosa, á menudo estertorosa en razon de las mucosidades que estan detenidas en la boca posterior. Nada basta para sacar al enfermo del estado en que se encuentra y que se conoce con el nombre de *coma tifoideo*. Si se le mueve mucho ó si se trata de elevarle un poco sostenido por ayudantes con el objeto de auscultarle el pecho, grita, se queja ó da una especie de gruñido, que no cesa hasta que se le vuelve á colocar en la posicion horizontal,

»Vemos, pues, que los diferentes estados patológicos que se han llamado *soñolencia*, *coma* y *caro*, no son sino grados mas ó menos adelantados del estupor. Agréguese á esto, que si el enfermo tiene los ojos abiertos y sueña, digámoslo asi, despierto, se llama á este síntoma *coma vigil* ó tifomania, y *delirio comatoso* cuando el enfermo tiene los ojos cerrados y desvaria durmiendo. Vése entonces á los enfermos mover los labios sin articular una palabra con claridad; otras veces hablan en voz baja (*musitatio*), ó lo que es mas raro, á no haber complicacion, hablan en alta voz y dan gritos.

»Jacquot, que ha hecho una escelente descripcion del estupor, admite tambien tres grados, aunque algo diferentes de los que acabamos de referir (*Recherches*, etc., p. 16), y observa con razon, que para dar á este síntoma toda la importancia que realmente tiene en la fiebre tifoidea, es preciso saber descubrir sus mas ligeros matices. Segun este autor se manifiesta desde el principio de la enfermedad, y semejante proposicion es muy esacta considerando el estupor del modo que queda espuesto. Por nuestra parte no hemos observado un solo caso de fiebre tifoidea, por muy ligera que haya sido, que no viniese acompañada de estupor.

»Efectivamente se manifiesta este síntoma desde el principio, consistiendo primero en un aire de tristeza, de embrutecimiento y de indiferencia, que no es habitual al enfermo; va aumentándose despues, y con pocas escepciones persiste, aunque en diferentes grados, hasta la muerte. Louis ha observado este síntoma en todos los enfermos que fallecieron de fiebre tifoidea (*loc. cit.*, página 6), y nosotros le hemos visto tambien constantemente en todos los casos desgraciados: en el menor número de individuos cesa doce ó quince dias antes de la muerte. En los casos menos graves y que terminan felizmente, el estupor, aunque constante, se presenta mucho mas tarde (como término medio segun Louis el dia 14); dura menos (ocho dias por término medio), y llega mas rara vez al grado que hemos llamado *soñolencia*, *sopor*.

»D. *Delirio.*—Afecta diferentes formas que importa describir: ora tiene el enfermo una agitacion estraordinaria, da gritos, y es necesario ponerle la camisa de fuerza que se usa para los locos; ora es el delirio tranquilo, se queja el paciente, pronuncia palabras ininteligibles, ó bien solo se le oye una especie de gruñido continuo: algunos hablan en voz baja; otros se impacientan contra el médico, le pegan con la mano, ó tratan de alejarle cuando quiere tomarles el pulso ó esplorar el estado del vientre. Chomel y Louis han visto enfermos que siempre se ocupaban de una misma idea (Chomel, p. 35; Louis, p. 33); pero por lo comun versa el delirio sobre diferentes asuntos y con una rapidez estraordinaria. La forma mas comun del delirio es la en que aparece este síntoma durante la noche, y habla el enfermo en alta voz sin saber lo que dice, siendo las personas que le velan las únicas que pueden dar razon al médico acerca de este punto. Con frecuencia cesa el delirio de dia. Otro caracter del delirio tifoideo es que se aumenta siempre durante la noche, esto es, durante el periodo de la exacerbacion febril y nerviosa. Gaultier de Claubry, que ha llevado una nota curiosa de las formas del delirio en la fiebre tifoidea, ha visto que en un total de 55 enfermos, habia sido tranquilo, taciturno y acompañado de estupor, en 32; locuaz, brusco, agitado, violento y acompañado de esfuerzos muscula-

res, en 23 (*De la identité du tiphus et de la fièvre tiphoïde*, p. 219, en 8.º; Paris, 1814). «Muchas veces se puede hacer cesar el delirio hablando al enfermo y llamándole la atencion con preguntas continuadas.» Petit y Serres observan con razon, que el delirio de las afecciones del cerebro y de sus membranas no cesa de este modo (*loc. cit.*, p. 157).

»Estos mismos autores consideran el delirio como un síntoma constante de la enfermedad (*loc. cit.*); Louis le ha observado en las tres cuartas partes de los sugetos muertos de fiebre tifoidea, y solo en 38 sugetos de 56 que se curaron de esta enfermedad (p. 32). De 108 casos recogidos por Jacquot hubo delirio en 88, y este autor cree que aun es mayor la proporcion; pues le ha observado en todos los casos que posteriormente se le han presentado (*Recherches*, etc., p. 23). En general viene despues del estupor y de la soñolencia, y las mas veces se manifiesta por la noche durante la exacerbacion febril.

»Algunas veces empieza muy pronto (el 4.º ó 5.º dia) en los enfermos graves que mueren el décimo ó duodécimo dia; en ocasiones hasta se manifiesta desde el principio antes que los demas síntomas, como lo hemos visto en dos enfermos, que murieron uno en el octavo y otro en el quinto dia. Dice Louis que en los sugetos muertos desde el décimoquinto al vigésimo dia, se habia declarado el delirio el décimo por término medio, y el décimoquinto en los fallecidos despues de esta época. Segun Chomel, este síntoma se manifiesta del quinto al trigésimo dia (*loc. cit.*, p. 229).

»No hay necesidad de añadir que el delirio, lo mismo que el estupor, no estan en relacion con la violencia ó los períodos de la lesion intestinal. Louis ha probado que el estado del estómago ó del cerebro tampoco esplica el desarrollo de los accidentes cerebrales (p. 24).

»E. *Sueño.*—El sueño, rara vez natural en los casos mas leves, está interrumpido por ensueños y agitacion; el enfermo dice que no ha dormido; pero los que le rodean aseguran lo contrario; siendo lo cierto que su sueño ha consistido en ensueños penosos. Se despierta con una cefalalgia fuerte, y á menudo permanece muchas noches sin dormir. Sin embargo, á estas alteraciones del sueño suceden muy pronto la soñolencia y las demas formas del estupor que antes hemos estudiado.

»F. *Delirio crónico.*—No obstante la frecuencia y la gravedad de las alteraciones del cerebro, es raro que quede alterada la inteligencia despues de la curacion. De mas de 300 enfermos, dice Louis, solo he visto uno en quien haya habido cierta alteracion intelectual durante la convalecencia (*loc. cit.*, p. 34). Nosotros hemos observado con mas frecuencia que Louis esta especie de lesiones, las cuales han cesado completamente despues de la curacion de los enfermos. En dos casos quedaron los pacientes en tal situacion de ánimo, que lloraban por los motivos mas fútiles. A un jóven de 15 años le volvieron las inclinaciones de la niñez, y persistieron durante dos meses; y en otros dos quedó tan débil la memoria, que apenas se acordaban de los conocimientos necesarios para el ejercicio de su profesion: estas alteraciones se disiparon despues.

»*Alteraciones de los movimientos.*—Se presentan en todo el sistema muscular, cuya contractilidad está: A disminuida, B aumentada, C pervertida. A la primera especie de alteracion se refieren la postracion, el decúbito y la paralisis.

»A. *Debilidad de la contractilidad muscular, postracion, adinamia.*—Uno de los principales y mas notables efectos de la fiebre tifoidea es quebrantar las fuerzas: en ninguna otra enfermedad se manifiesta tan pronto, en tanto grado, ni con tanta frecuencia. Todos los autores, casi sin escepcion, han considerado la debilidad como uno de los mejores caractéres de la fiebre tifoidea, y al llamarla Pinel fiebre adinámica, ha querido designar con este nombre su síntoma principal. «¿No revelan, dice, todos los signos de un modo evidente un ataque profundo á las fuerzas vitales, una disminucion notable de la sensibilidad orgánica y de la contractilidad muscular?» (*Nosographie philosophique*, t. I, p. 135, en 8.º; Paris, 1818). Bajo este aspecto la calificacion de fiebre adinámica, dada á la calentura tifoidea, es muy esacta, y mereceria conservarse si no hubiera servido para significar muchos estados morbosos diferentes entre sí.

»Son muchos los síntomas que marcan la disminucion de la accion muscular, é importa estudiarlos con cuidado, siendo preciso proceder con prolijo esmero para comprobarlos, cuando está la debilidad en un grado muy moderado. Los enfermos apetecen el descanso, y todo movimiento les es desagradable. Al principio solo tienen una especie de apatia física y moral; cualquier trabajo intelectual les repugna, y dejan de dedicarse á sus ocupaciones si exigen esfuerzos musculares. Cuando á pesar de la molestia que les causa el quebrantamiento y la laxitud que sienten en los miembros, continúan trabajando, se fatigan muy pronto, y tienen que hacer descansos; les tiemblan y se les doblan las piernas, y solo pueden ir arrastrándolas lentamente; andan con poca seguridad y presentan los síntomas de esa especie de *embriaguez tifoidea*, que resulta de la adinamia profunda del sistema nervioso. El estupor, los vértigos y la espresion facial, concurren á caracterizar este complicado estado patológico (V. *alteraciones de la sensibilidad*).

»Cuando los enfermos van á pie á los hospitales, conducidos por sus compañeros que los sostienen, se ven obligados á detenerse muchas veces para descansar. Su modo de andar tiene un caracter particular, que da á conocer inmediatamente el mal que los aflige. La espresion facial y la posicion de la cabeza, incli-

nada hácia uno ú otro hombro, completan el conjunto de esta forma del estado adinamico.

»Cuando la postracion está algo mas adelantada, se halla tan debilitada la contraccion muscular, que los enfermos se ven obligados á meterse en cama, pudiendo á duras penas sentarse en ella, y eso comunmente con auxilio ageno, y aun asi piden muy pronto acostarse, porque les dan vértigos y sienten mucha incomodidad. Se juzga bastante bien del grado de la adinamia por el modo mas ó menos rápido con que el enfermo se sienta en la cama. Algunos, mas animosos ó menos debilitados que otros, se levantan todavia, y se han visto algunos que han podido sostenerse de pie tres ó cuatro dias antes de morirse; pero la mayor parte tienen tanta repugnancia al menor movimiento, que no quieren de ningun modo que se les incorpore un poco, para auscultarles la parte posterior del pecho. Si se consigue hacerlo, se dejan caer en la almohada como una masa inerte, y durante la esploracion, la contraccion de sus facciones manifiesta que sufren y estan incomodados: algunas veces hasta se quejan y dan gritos inarticulados. Por lo comun estos síntomas se observan ya en una época muy adelantada de la enfermedad.

»Conócese tambien la postracion de las fuerzas en la posicion del enfermo en la cama. Casi siempre está acostado de espaldas, sin moverse absolutamente, con los brazos á los lados del cuerpo ó medio doblados encima del vientre; en ocasiones, obedeciendo el cuerpo á las leyes de la gravedad, se recoge y en cierto modo se hace un ovillo hácia los pies de la cama; cuya especie de decúbito se ha considerado por los autores como indicio del mayor grado de adinamia, y de muy mal agüero. Ordinariamente hay delirio, y en tales circunstancias suele encontrarse al enfermo atravesado en la cama, ó acostado sobre las partes anteriores del cuerpo, con la cabeza sumergida en las almohadas.

»La debilidad de la accion muscular es, segun Louis, Chomel, Petit y Serres, un síntoma tan constante, que debe considerársele como uno de los mejores caractéres del estado tifoideo. Todavia aumenta su precio, si consideramos que se manifiesta en un grado muy notable y desde el principio de la enfermedad; lo que no se verifica en otras afecciones, por lo menos con tanta intension y frecuencia. En general la debilidad muscular se presenta tanto mas pronto y de un modo tanto mas notable, cuanto mayor es la gravedad de la fiebre tifoidea, sucediendo lo mismo en todo el curso de la enfermedad. Es la debilidad considerable y de mucha duracion en casi todos los sugetos que se ven obligados á meterse en cama desde el principio (Louis, pág. 75); puede aumentarse del décimo al trigésimo dia, es decir, que el máximum de su intension se verifica en épocas muy variables; ataca rápidamente cuando la afeccion es grave, y por lo comun disminuye con mucha lentitud y dura largo tiempo, debiéndose a ella que las convalecencias sean tan largas y con frecuencia tan penosas.

»Atendiendo al predominio de la postracion y del estupor sobre los demas síntomas, se ha dado á la fiebre tifodea que presenta estos dos signos en alto grado el nombre de forma adinámica. Frecuentemente viene acompañada la adinamia de delirio y de desórdenes musculares variados: ya hablaremos mas adelante de la forma sintomática que resulta de esta combinacion (V. *forma atáxica*).

»Casi todos los autores convienen en reconocer, que la adinamia en diferentes grados es la primera alteracion que se manifiesta en la fiebre tifoidea. El sistema nervioso está primitivamente afectado bajo la influencia de la causa desconocida que produce el conjunto de síntomas tifoideos, y es necesario estar sistemáticamente aferrado á una opinion médica contraria, para dejar de admitir esta verdad, y querer, por ejemplo, hacer depender de la lesion intestinal inflamatoria ó de otra especie los fenómenos adinámicos. Habiéndose propuesto Louis averiguar las lesiones de que pueden provenir estos fenómenos, concluye que ni el estado del tubo digestivo y del estómago, ni la diarrea, ni los demas síntomas, pueden servir para esplicarlos, y que es preciso atribuirlos á la causa primitiva que da origen al desarrollo de la lesion intestinal (p. 68). La adinamia y el estupor constituyen uno de los principales elementos de la enfermedad. Jacquot ha insistido con razon en este hecho, sosteniéndole con pruebas irrebatibles (*Recherches*, etc., p. 6, y *Recherches pour servir á l'histoire de la fièvre tiphoïde*, p. 100; tésis de Montpellier, en 4.°; 1843). Las sangrias aumentan singularmente la adinamia.

»Parécenos que deben referirse á la adinamia, mas bien que á una verdadera paralisis del esfinter del recto y de la vejiga, las cámaras involuntarias y el flujo ó la retencion de orina que se observan en muchos sugetos. Estas evacuaciones solo existen en los enfermos graves y en épocas bastante adelantadas de la enfermedad, en que no piden ya el vaso que debe servir para contener las evacuaciones alvinas. Entonces es cuando la piel del sacro y de las nalgas, humedecida continuamente por estas materias, se irrita, se inflama y se gangrena. De aqui resulta la necesidad de cuidar mucho al enfermo, mudándole á menudo de ropa.

»La retencion de orina tampoco es un accidente raro: algunas veces, distendida violentamente la vejiga por la orina, se presenta en el hipogastrio, donde forma un tumor redondeado, que se nota fácilmente, ya por el simple tacto, ya por medio del pleximetro. Débese vigilar con atencion al enfermo, que, dominado por el estupor y á veces por el delirio, no puede dar cuenta de su estado. A veces no tienen otra causa su agitacion y sus quejidos, que la retencion de orina, cesando cuando se vacia la vejiga con la sonda. El vientre está dolorido

y tirante en la misma region, y hay que tener cuidado de no tomar por meteorismo el tumor vesical.

»La paralisis verdadera de los miembros depende de una complicacion, y no puede considerarse como un síntoma de la fiebre tifoidea. Algunas veces es la adinamia tan estraordinaria, que pudiera confundirse con una paralisis, como en aquella mujer de quien habla Louis, que se dejaba pinchar el brazo sin dar ningun signo de dolor, y al dia siguiente aseguraba que habia sentido la escitacion cutánea, pero que no habia tenido fuerza para retirar el miembro (p. 63). No creemos deber referir á la fiebre tifoidea los casos citados por los autores, en que se han comprobado verdaderas paralisis de los miembros: el estudio de este síntoma corresponde á la historia de las complicaciones (V. esta palabra).

»B. *Aumento de la contraccion muscular.—Espasmos y contracciones tónicas.*—Las alteraciones de la motilidad que referimos al aumento de esta funcion, consisten en la contraccion tónica, mas ó menos continua, de una ó varias partes del sistema muscular. La convulsion tónica, ordinariamente parcial á no haber complicaciones, ocupa mas particularmente los músculos del cuello, de toda la parte posterior del tronco, los de los párpados y los flexores del antebrazo. Los sugetos en quienes se observan estas convulsiones, presentan una inmovilidad mas ó menos completa de las partes contraidas. Cuando el espasmo tónico reside en los músculos del cuello, no puede doblarse la cabeza, ni dirigirse á derecha é izquierda si participan de la convulsion los esterno-cleido-mastoideos. La mas frecuente es la que afecta los músculos estensores del raquis, y los que la padecen tienen ordinariamente delirio ó una postracion estraordinaria; de modo que no pueden sentarse sino con mucho trabajo y con ayuda de varias personas; la columna vertebral está inflexible como una barra de hierro, y cuanto mas esfuerzos se hacen para doblarla, tanto mas se resiste y grita el enfermo. Obsérvase esta misma contractura en los antebrazos, que estan arrimados al pecho y resisten si se los quiere estender. Cuando la convulsion afecta los párpados, se hallan convulsivamente apretados y cuesta mucho trabajo separarlos. Debemos tambien hablar aqui de la contractura de los músculos motores del ojo, que ora está dirigido hácia arriba y oculto debajo del párpado superior, ora hácia dentro. El estrabismo solo se presenta en las formas mas graves de la fiebre tifoidea y cuando son grandes las alteraciones del sistema nervioso; sin embargo no se crea que este signo anuncia siempre una terminacion fatal.

»Los espasmos de los demas músculos son mucho mas raros. Andral ha observado la contraccion espasmódica de los músculos de la faringe y síntomas de hidrofobia (*Clin. méd.*, obs. 40). Hemos dicho ya, que en no pocos sugetos la estraordinaria dificultad de la deglucion parecia depender de un espasmo de la faringe y quizá tambien del esófago. El espasmo del diafragma es la causa del hipo que se observa en muchos enfermos. Por último en algunos casos bastante raros se ven síntomas de catalepsia (Andral, obs. 18; Barth, un caso, ob. cit. de Louis, p. 63), ó sacudimientos tetánicos generales (Andral, obs. 41), opistótonos ó trismo. Este último síntoma es mas frecuente que los demas, y los sugetos que le padecen separan con mucho trabajo las mandíbulas y apenas pueden sacar la lengua.

»Hánse indicado tambien como síntomas de la fiebre tifoidea los calambres de los miembros superiores, del antebrazo ó del cuello. Los doctores Bierbaum y Grossheim han observado algunos casos de esta especie; pero en todos existian lesiones evidentes en las cubiertas de la médula (mem. cit., de Lombard y Fauconneau, *Gaz. méd.*, p. 607; 1843). Pueden sin embargo manifestarse calambres en los sugetos atacados de fiebre tifoidea, sin que exista lesion en dichos órganos.

»*Contraccion fibrilar.*—Llámase asi la contraccion *parcial* y *pasagera*, que se determina en los hacecillos musculares, cuando se aprieta fuertemente con el dedo ó se percute un músculo de la vida de relacion. En el punto irritado de este modo resulta entonces un tumorcito, situado perpendicularmente á la direccion de las fibras musculares y que forma una especie de nudosidad que desaparece rápidamente. Si se pone el dedo encima de este punto, se percibe un tumor duro, resistente, enteramente análogo al que presenta un músculo voluminoso cuando padece un calambre. En efecto, la contraccion fibrilar no es otra cosa que un calambre parcial, provocado por un estímulo esterior que obra sobre el músculo, y cuando se le produce por alguna de las maniobras indicadas, siente el enfermo dolor en el órgano convulso del mismo modo que en el calambre. Es necesario no reproducir inconsideradamente este esperimento. Semejante fenómeno se marca muy bien en el músculo biceps braquial, cuando se le coge transversalmente y se le pellizca con alguna fuerza, ó bien dando un golpe seco sobre su parte media. Tambien se observa en el gran pectoral y en otras partes. Piedagnel es, que sepamos, el primero que ha hablado de este signo en 1835. Nosotros le hemos estudiado con algun cuidado en muchos enfermos, y aunque le hemos encontrado en mayor grado y con mas frecuencia en los sugetos atacados de fiebre tifoidea que en los demas, debemos decir que se produce igualmente en otras circunstancias. No debe pues darse demasiado valor á este síntoma.

»Las convulsiones tónicas son alteraciones del sistema nervioso locomotor, mucho mas raras que las clónicas y que la debilidad muscular, y que acompañan casi constantemente á estos últimos fenómenos, á los cuales se asocian

para constituir el estado ataxo-adinámico. Son mucho mas frecuentes en las fiebres tifoideas graves, que en las que terminan felizmente, habiéndolas encontrado Louis en la tercera parte de los sugetos que sucumbieron, y solo seis veces en los 57 que se curaron (ob. cit., p. 45-62). Aparecen tambien mas pronto en las formas graves, frecuentemente desde el primer septenario; pero lo mas comun es que no se manifiesten por primera vez hasta el segundo ó tercero: casi siempre persisten hasta la muerte. Las convulsiones tónicas son un signo pronóstico muy fatál.

»3.° *Perversion de la motilidad.—Ataxia muscular.*—Los síntomas que pueden referirse á una especie de ataxia ó de perversion de las funciones locomotrices, son las *convulsiones clónicas* de la cara y de los miembros, los saltos de tendones, los temblores y la carfologia.

»La cara, en las formas graves, está á menudo agitada por ligeros movimientos convulsivos de sus músculos. Hay retraccion de las comisuras labiales, temblor ó contraccion de los labios; las cejas, los párpados y la mandíbula inferior, estan alternativamente convulsos y en relajacion. En medio del triste espectáculo que presenta entonces el enfermo, salen de su boca algunos quejidos ó gritos, y á menudo tiene una especie de vacilacion y de temblor de todos los músculos locomotores. Estos fenómenos se ven mas distintamente cuando el enfermo se sienta en la cama; en cuyo caso presentan los miembros y el tronco un temblor, que no cesa ni disminuye hasta que se vuelve á echar el paciente. El estado morboso que acabamos de describir se asocia casi constantemente á los demas trastornos del sistema nervioso, y sobre todo á la mas completa adinamia.

»La *ataxia*, es decir, el desorden de la motilidad, se manifiesta muchas veces por convulsiones clónicas de los músculos del antebrazo ó de los miembros inferiores: tal es la causa del fenómeno conocido con el nombre de *salto de tendones* (*tendinum subsultus*). Las convulsiones dan lugar á movimientos rápidos é incompletos de los dedos, que son muy fáciles de notar en las partes en que hay muchos tendones, como sucede en la muñeca, en la cara dorsal de la mano y en los pies; pudiéndose apreciar mejor por el tacto que por la vista. El salto de tendones se advierte generalmente por primera vez al tomar el pulso; pues estando la arteria radial situada cerca de gran número de tendones, se sienten fácilmente en dicho acto los menores movimientos musculares. Algunas veces son bastante ligeros, y se necesita cierta atencion para descubrirlos; pero entonces se consigue cogiendo toda la parte inferior del antebrazo ó la muñeca con el indicador y el pulgar, ó bien levantando el brazo del enfermo y dejándole en seguida de plano sobre la cama.

»Las convulsiones clónicas de los miembros se manifiestan por la incertidumbre y el temblor que en ellos se observan, cuando el enfermo quiere beber ó coger un objeto, ó cuando está sentado en la cama y hace algun ademan. Si se quiere levantar en medio de su delirio ó trata de satisfacer alguna necesidad, todo el cuerpo vacila; tiemblan sus miembros y apenas pueden sostenerle, y muchas veces se cae sin haber podido volver á echarse.

»El temblor de los labios, de la mandíbula inferior y de la lengua, debe considerarse como un efecto de la convulsion clónica de los músculos. En cuanto á las convulsiones epilépticas son sumamente raras, y vienen á menudo precedidas de contracturas y de otras alteraciones de la motilidad.

»La *carfologia* y el crocidismo revelan un desorden completo del sistema muscular, y principalmente de la inteligencia. Los movimientos automáticos hechos por el enfermo para coger cuerpos ligeros que supone existir en el aire ó en las cubiertas de su cama, son un síntoma raro, que solo hemos observado cuatro veces en mas de doscientos casos. Cuando se observa la carfologia, hay siempre un delirio manifiesto. Chomel dice con razon, que no puede considerarse este síntoma como una simple alucinacion de la vista, sino que en tales casos está siempre alterada la inteligencia del enfermo (p. 33).

»*Dolores musculares.*—Al principio de la fiebre tifoidea no esperimentan los enfermos mas que laxitud y cansancio de los miembros; pero esta sensacion llega algunas veces á ser tan dolorosa, que se hacen penosos todos los movimientos, y el enfermo los evita con cuidado. Se queja á menudo de una sensacion vaga, que se ha calificado con el nombre singular de inquietud de miembros, y que á veces es un verdadero dolor, que reside en las masas musculares ó solamente en las articulaciones *(forma artrítica)*. Estos síntomas solo se observan al principio del mal. Es probable que se haga dolorosa la contraccion muscular en muchas partes del cuerpo, y asi lo indican al parecer las quejas y la espresion de padecimiento que toma el rostro cuando se incorpora á los enfermos. Muchas veces nos ha llamado la atencion la aparicion de este fenómeno, cuando ya habian llegado á un grado considerable las alteraciones de la sensibilidad y de la motilidad. Varios sugetos se quejan de dolores en las regiones cervical y dorsal y á veces en la lumbar; pero nos inclinamos á creer que en semejante caso hay alguna enfermedad coexistente, como una afeccion de la médula ó de sus cubiertas, por ejemplo (V. la mem. cit. de Lombard y Fauconneau, p. 610); ó bien que se han tomado por fiebres tifoideas casos de meningitis cerebro-espinal, cuya historia, en una época no muy distante de nosotros, era poco conocida.

»*Aparato génito-urinario.*—En los primeros dias de la enfermedad, ó cuando la afeccion es leve, se espele fácilmente la orina á voluntad del enfermo y sin producir ningun fenómeno notable á su paso por las vias escretorias; pero

si el enfermo se agrava y sobrevienen síntomas ataxo-adinámicos, luego se detiene la orina ó se arroja sin que intervenga la voluntad; en el primer caso hay retencion, y en el segundo incontinencia de orina. Es pues preciso que el médico esplore siempre la vejiga con cuidado, á fin de que no se distienda por la acumulacion del líquido urinario; sin fiarse de las noticias muchas veces poco esactas que dan los asistentes, sino asegurándose por medio del tacto y de la percusion de que no se encuentra la vejiga en el hipogastrio y aun en la region umbilical, como se observa en muchos enfermos. La incontinencia de orina, que acompaña casi siempre á las evacuaciones alvinas involuntarias, y depende como ellas de la estraordinaria postracion de los enfermos, es un síntoma fatal, que solo se ve en los casos graves ó en época muy avanzada del mal.

»*Orina.* — Contradictorias son las opiniones emitidas acerca de las alteraciones de la orina en la fiebre tifoidea, y la mayor parte no se fundan sino en observaciones imperfectas, ó en ideas teóricas creadas por la patologia humoral de los últimos siglos. Sin embargo, las investigaciones mas esactas de los médicos de nuestra época han dado á esta parte de la semeiótica una esactitud que no deja nada que desear.

»Por nuestra parte hemos comprobado muchas veces en los enfermos, cuyas orinas hemos examinado siempre con cuidado, la esactitud de los pormenores de que vamos á ocuparnos.

»En los años de 1837 y 1838 ha estudiado Andral las orinas de 41 sugetos atacados de fiebre tifoidea. De los 34 casos que terminaron felizmente, en 11 era la orina normal; en 23 tenia un color subido rojizo, y ofrecia una nubécula espontánea de ácido úrico amorfo, mezclado ó no con este ácido cristalizado: en este caso la orina era jumentosa ó depositaba un sedimento, y formaba precipitado tratándola con el ácido nítrico. Otras veces la orina, que al principio era trasparente, se volvia jumentosa muchos dias seguidos, ó formaba sedimento si se le echaba ácido nítrico. La orina fué *siempre ácida* en los 34 casos durante todo el curso de la enfermedad, y permaneció del mismo modo en toda la convalecencia, á no ser en dos casos en que se volvió alcalina, aunque perfectamente trasparente, sin enturbiarse con el ácido nítrico ni con el calor y recobrando mas adelante su cualidad ácida. En los siete casos que terminaron en la muerte, la orina permaneció siempre ácida; solo una vez se halló albumina, y aun entonces duró poco tiempo semejante alteracion (*Estr. de la semeïotique des urines*, por Becquerel, p. 255, en 8.º; Paris, 1841).

»De las observaciones de Andral resulta un hecho capital, á saber, que en mas de 150 sugetos la orina permaneció siempre ácida, esceptuando los casos siguientes: 1.º cuando habia pus mezclado con la orina; 2.º cuando habia precedido retencion de este líquido; 3.º cuando se le examinaba muchas horas despues de haberse arrojado; 4.º cuando los enfermos habian hecho uso de gran cantidad de bebidas alcalinas y de cloruro (Becquerel, obra cit., p. 246). Concíbese que las causas que acabamos de mencionar son todas accidentales y estrañas á la dotinenteria. Rayer asegura, fundándose en numerosos esperimentos, que la orina casi nunca es alcalina en esta enfermedad, aun en sus períodos y formas mas graves; no habiendo encontrado esta cualidad sino dos veces en cincuenta casos, y esas solo durante tres dias (*Traité des maladies des reins*, t. I, p. 111, en 8.º; Paris, 1839). Recordaremos que, para comprobar esactamente las alteraciones de la orina, hay que tomar precauciones minuciosas: exigir por ejemplo que los vasos destinados á recibirla esten muy limpios, y que el enfermo haya orinado directamente en ellos, etc.

»Becquerel ha encontrado la orina algo mas densa que en el estado natural, poco abundante y muy teñida, depositando un sedimento de ácido úrico, en una palabra, semejante á la de las afecciones piréticas, en 30 casos de 48 (*Semeïotique*, p. 244 y 258). En la convalecencia de 34 enfermos era la orina trasparente y tenia un color pálido; sin embargo, algunas veces permanecia turbia y sedimentosa cierto tiempo despues de disipada la fiebre. La albumina solo se ha encontrado en 8 casos de 38, de los cuales 2 terminaron en la muerte. En otros dos se halló sangre (p. 252). De 38 casos habia moco en 8.

»Desde que la orina sale de la vejiga tiene tendencia á alterarse, lo que se verifica tanto mas fácilmente y con tanto mayor prontitud, cuanto mas grave es la fiebre tifoidea. De trece enfermos ha visto Bouillaud que la orina exhalaba olor á caldo alterado en un caso, y á estiércol de vaca en dos (*Clin. méd.*, p. 311): en otros casos el olor era amoniacal. Pero estos hechos son escepcionales; pues la orina no tiene ningun olor particular, y cuando contrae alguno, es porque interviene una causa accidental y estraña á la enfermedad.

»Segun las observaciones precedentes, se ve que la orina de los sugetos atacados de fiebre tifoidea no ofrece cosa alguna que sea peculiar á semejante enfermedad; es ácida, y no alcalina como se ha dicho, y quizá mas dispuesta que otras á alterarse y á volverse jumentosa. En cuanto al paso de la albumina, del pus ó de la sangre á la orina, se observa rara vez. El moco se segrega en mayor abundancia á causa de la frecuente retencion de la orina en su depósito. En las mismas circunstancias puede tambien segregarse pus por las paredes vesicales, suministrando albumina al análisis química.

»Los sedimentos que se forman espontáneamente en la orina ó por la adicion de una gota de ácido nítrico, estan formados por ácido úrico amorfo ó cristalizado, unido á materia animal y á una pequeña cantidad de principio colorante. Estos sedimentos son pardos ó rojizos,

y á veces mezcla los con moco. La facilidad con que se precipitan las sales, da lugar á incrustaciones salinas en los vasos destinados á recibir la orina.

»El aparato genital no ofrece ningun síntoma particular. Algunos hombres tienen las dos manos aplicadas sobre los órganos genitales y los brazos sobre la parte anterior del abdomen. Esta posicion depende del estado adinámico ó del delirio en que se encuentran casi siempre los enfermos, y probablemente tambien de la necesidad de orinar, que llama instintivamente su atencion hácia los órganos en que reside. Hemos observado esta situacion de las manos en dos sugetos, que habiendo llegado á una convalecencia franca, sucumbieron á la consuncion provocada por el onanismo. Es probable que esta pasion se despertâse en la época en que se habian disipado los síntomas tifoideos.

»La menstruacion está ordinariamente desarreglada, ó falta completamente. Sin embargo se presenta á veces en la época ordinaria y á pesar de la invasion de la fiebre, y hemos visto algunas enfermas en quienes se efectuó convenientemente, aunque era la fiebre tifoidea bastante intensa y habia llegado ya á un período adelantado.

»La preñez es una funcion natural, en la que como en todas las demas influye la enfermedad, ocasionando á veces el aborto. Acabamos de perder á una enferma embarazada de cinco meses, en la que se ha verificado el aborto poco tiempo antes de la muerte. Uno de nosotros tiene en su clínica otra enferma embarazada de cuatro meses y que corre el mismo peligro. Forget habla de dos casos, en que se verificó el aborto desde los primeros dias de la enfermedad y que terminaron en la muerte: en otro caso se curó la enferma embarazada de tres meses (*loc. cit.*, p. 249).

»Curso de la fiebre tifoidea.—A pesar de las estraordinarias variaciones que presentan los síntomas de la dotinenteria, es preciso estudiarlos segun las épocas en que aparecen con mas particularidad. Fácilmente se conocerán las dificultades que puede ofrecer semejante estudio, si se considera que en esta enfermedad estan alteradas todas las funciones desde el principio en diferentes grados, y que de estas alteraciones resultan grupos de síntomas, que dan á la afeccion una fisonomía movible y variable. Sin embargo es posible establecer cierto número de divisiones sistemáticas, que aunque no tengan límites muy rigorosos, reunan y abracen los síntomas desarrollados próximamente en una misma época y bajo la influencia de unas mismas causas patogénicas. Haremos, pues, por presentarlos de un modo metódico, declarando sin embargo, que en nuestro concepto no hay afeccion alguna que se preste menos que la fiebre tifoidea á ceñirse á las divisiones escolásticas que se han establecido.

»Todos convienen en admitir en las enfermedades períodos de invasion ó de desarrollo, de aumento, de estado y de declinacion; pero aunque sin duda existen en las fiebres tifoideas, como en las demas enfermedades, es difícil indicar sus límites. Chomel distingue el período de invasion ó de prodromos, cuya duracion es variable, y tres periodos «caracterizados por diferentes fenómenos, y cuya duracion es bastante circunscrita, para que se haya empleado la palabra septenarios como sinónimo de períodos» (ob. cit., p. 6). Reconoce que esta division no aparece bien marcada, sino en los casos en que la enfermedad es simple y de mediana intension y sigue un curso regular. Hemos empleado á menudo la palabra septenario para indicar la época de la aparicion de los síntomas habituales; pero nos apresuramos á decir que el predominio de los fenómenos torácicos ó nerviosos, por ejemplo, produce el efecto de abreviar la duracion de ciertos períodos y de aumentar la de otros. Todavía son mayores las variaciones, cuando hay alguna complicacion. Dejaremos pues á un lado estas influencias, para estudiarlas mas adelante (V. Especies, Variedades y Complicaciones), ocupándonos ahora del curso de la fiebre tifoidea simple.

»Bouillaud distingue tres períodos: el primero está caracterizado por la reaccion del intestino sobre el sistema sanguíneo y el nervioso (período febril é inflamatorio, alteracion de los sentidos, estupor); en el segundo y tercero «la fiebre, que en el primero se presentaba bajo la forma inflamatoria, modificada solamente en razon del sitio del mal, afecta decididamente la forma tifoidea ó pútrida (adinamia de la escuela de Pinel), es decir, que á los fenómenos simplemente inflamatorios hasta entonces, se agregan los sépticos» (*Nos.*, p. 120). Fácilmente se conoce que esta division no es esacta ni fundada en la naturaleza, y que no comprende las formas mas comunes de la fiebre tifoidea. Efectivamente, el estado *tifoideo*, *pútrido*, ó en otros términos, el estupor y la adinamia, son los primeros síntomas que se presentan en casi todos los casos (algunos autores dicen en todos), principalmente cuando la fiebre tiene cierta intension, y toma desde luego sus caractéres distintivos. Pinel y todos los que han estudiado la fiebre de que hablamos antes y despues de él, dicen que las alteraciones nerviosas son los primeros y principales signos de la enfermedad. Las espresiones antiguas de putridez y de adinamia acreditan la esactitud de esta asercion, Petit y Serres, Pringle y Lepecq de la Cloture observan que el síntoma que mas sobresale desde el principio es una adinamia profunda. «Efectivamente, observando con atencion á los enfermos, se ve que padecen aturdimiento, dolor de cabeza, cierta vacilacion é incertidumbre en su marcha, alteracion de las facultades intelectuales, calentura, sumo cansancio, inyeccion de los ojos y hemorragias nasales. El sistema nervioso es el primero que se afecta, y muy pronto le sigue el sanguíneo» (*Sur les caractères, les formes variées et les diverses ma-*

nières de considerer les fièvres dites typhoides en *Gacette médico-chirurgicale*, n.º 23, 6 de junio 1846). Tal es la verdadera sucesion de los fenómenos morbosos al principio de la enfermedad: cuidaremos de no separarnos de ella.

»Siéndonos imposible fijar los períodos de una enfermedad que no sigue un curso regular, nos limitaremos á considerar los síntomas en su evolucion y en sus relaciones recíprocas, sin atender á su duracion. Los observadores que acostumbran recoger los hechos con la debida esactitud, se hallan tan penetrados de la dificultad de que hablamos, que se reducen á indicar el dia en que se encuentra la enfermedad. Solo en este sentido puede admitirse la division en septenarios.

»*Invasion, primeros síntomas, prodromos, primer período ó de desarrollo.*—Habiendo observado Andral las diferencias que presentan los síntomas al principio de la enfermedad, los ha referido á las formas siguientes: 1.º alteracion apirética de las funciones digestivas (anorexia ó diarrea) sin desórden nervioso; 2.º alteracion apirética de las mismas funciones con síntomas nerviosos (cefalalgia, zumbido de oidos, vértigos, cansancio, estupor, adinamia); 3.º alteracion pirética de las funciones digestivas con los mismos síntomas nerviosos; 4.º falta de las alteraciones digestivas, ó simple anorexia, apirexia y síntomas nerviosos; 5.º estas alteraciones nerviosas sin fiebre ni síntomas del aparato digestivo; 6.º síntomas nerviosos graves de pronto (delirio, estupor, coma) (*Clin. méd.*, p. 630). Estas diferentes formas representan esactamente las variaciones sintomatológicas que se presentan desde el principio de la fiebre tifoidea, pero no su grado de frecuencia.

»Creemos con muchos autores, que la mas comun de todas las formas es la que se revela desde luego por alteraciones nerviosas, tales como el estupor, la debilidad muscular y los trastornos de los sentidos en grados variables, con ó sin fiebre. Chomel insiste en sus lecciones clínicas en la debilidad muscular, considerándola como el síntoma mas constante y que primero se presenta entre los que caracterizan los prodromos (p. 5); y Louis la coloca tambien, segun hemos visto ya, entre los síntomas de invasion. Jacquot ha demostrado en su opúsculo que el fenómeno inicial de la fiebre tifoidea es la alteracion del sistema nervioso, que consiste en la postracion y el estupor. Cuando á estos síntomas se agrega la fiebre, resulta la forma pirética, y el mismo autor distingue otra que llama forma apirética (*loc. cit.*, p. 7). De lo que acabamos de decir resulta un hecho de la mayor importancia, á saber: que en la fiebre tifoidea los sistemas nervioso y sanguíneo estan afectados primitivamente antes que ningun otro aparato, y «que el agente que produce la calentura ejerce su accion en el sistema nervioso, antes que aparezca ninguna lesion local» (Jacquot, ob. cit., pág. 6, y *Recherches pour servir*, etc., tésis de Montpellier, p. 100). En la segunda forma de invasion hay síntomas abdominales con fiebre ó sin ella. Pasemos a estudiar sucesivamente las diferentes formas sintomatológicas que creemos se manifiestan con mas frecuencia, y que dependen de la alteracion mas ó menos marcada de ciertas funciones.

»A. *Invasion por alteraciones nerviosas* (estupor, adinamia) *y por fiebre.* — La calentura empieza, en medio de la salud mas completa, por escalofrios, que se reproducen una ó muchas veces al dia y en los dias siguientes; sobrevienen al mismo tiempo cefalalgia, cansancio y quebrantamiento de miembros. Muy pronto se observan los diferentes grados de estupor que hemos descrito; tristeza, abatimiento en el rostro, que está alterado y verdoso, y apatia; cesa el trabajo manual, y el enfermo se mete en cama; tiene vértigos, zumbido de oidos, desvanecimiento de la vista, dolores musculares, y los síntomas abdominales que vamos á describir. Los escalofrios alternados con calor, especialmente por la noche, la frecuencia y la fuerza del pulso, las llamaradas de ardor en el rostro y el insomnio, marcan igualmente el principio de la afeccion, etc.

»B. *Principio por síntomas gastro intestinales.*—En estos casos casi siempre preceden á la invasion síntomas precursores. Dice Chomel que de 112 enfermos fue la invasion repentina en 73, y precedida de síntomas en 39 (p. 5). La boca está amarga, pastosa; la sed es mediana ó nula; hay náuseas y á veces vómitos; el apetito no se pierde desde luego, pero está disminuido; sin embargo hay enfermos que dejan de comer desde los primeros escalofrios; la lengua se pone blanca, cubierta de capas amarillentas mas ó menos espesas; uno ó muchos dias despues se manifiesta diarrea, y luego cesa, para volver á aparecer y continuar, hasta que los enfermos reclaman los auxilios del arte. Acompañan á la diarrea dolor abdominal y meteorismo, y no tardan en desarrollarse la fiebre y los síntomas nerviosos del primer grupo.

»Sin pretender que la fiebre tifoidea no pueda en manera alguna dar lugar antes de las demas manifestaciones sintomatológicas á la diarrea, á la anorexia y á la sed, en una palabra, á los síntomas gastro-intestinales; estamos no obstante convencidos por la lectura atenta de las observaciones que han publicado los autores y por las que nosotros mismos hemos recogido con la idea de ilustrar este punto de semeiótica, de que son sumamente raros, por no decir escepcionales, los casos en que los síntomas abdominales han precedido á las alteraciones nerviosas. Observaremos tambien que deben eliminarse del número de las fiebres tifoideas los casos de infarto gástrico, de fiebre biliosa, y por último ciertos estados tifoideos, especie de *caput mortuum* patológico, que no se sabe donde colocarlos. Ademas ocurre preguntar, si deben considerarse como pro-

dromos de la fiebre tifoidea, ciertos desarreglos de la salud durante muchas semanas y á veces un mes en los recien llegados á las grandes poblaciones, y que consisten por ejemplo en diarrea, anorexia y algunos dolores de vientre. ¿No será mas acertado ver en estas alteraciones de las funciones digestivas un estado morboso, que obra en ciertos sugetos como causa predisponente de la fiebre tifoidea, mas bien que un prodromo de la enfermedad? Y esta opinion, que hemos formado despues de minuciosas preguntas hechas á los enfermos ¿no adquiere cierta importancia, cuando se ve que en 79 casos de 122 la invasion ha sido súbita y marcada desde el primer dia por la adinamia y el estupor? (Chomel, *loc. cit.*, pág. 5). ¿No nos vemos en cierto modo obligados á admitirla, al ver que la fiebre tifoidea nunca está mejor caracterizada, ni es mas fácil de conocer, mas intensa, y en fin mas grave, que cuando son poco marcados ó nulos los síntomas abdominales, como se observa en las fiebres tifoideas ataxo adinámicas que matan rápidamente á los enfermos? Concluyamos, pues, que el predominio de los síntomas gastro-intestinales es mucho mas raro de lo que se cree, y que cuando existen, tienen mucha mas importancia los síntomas nerviosos. Ya hemos citado los nombres de los sugetos que han decidido la cuestion en este sentido, en contraposicion á los que sostienen sistemáticamente, que las formas gástrica é inflamatoria son mas comunes que la adinámica y atáxica.

»C. *Principio por una alteracion estraordinaria de la circulacion.*—Obsérvanse, aunque muy rara vez, al principio de la fiebre tifoidea una calentura intensa, calor de la piel, rubicundez del rostro, llamaradas de calor, ruido agudo de oidos y cefalalgia, que parecen depender de un aflujo de sangre al cerebro. Verifícase esto cuando la enfermedad tiene la forma inflamatoria, es decir, cuando se manifiesta en un sugeto pletórico, jóven y vigoroso (V. *forma inflamatoria*). Un movimiento febril continuo, con mucho calor, sequedad de la piel y cansancio, constituyen los primeros síntomas de la fiebre tifoidea; la que bajo este punto de vista se parece entonces á una fiebre eruptiva.

»D. *Principio por signos de alteracion de la sangre.*—En algunos casos raros, las hemorragias nasales que marcan el principio de la fiebre, se reproducen á menudo ó con tal abundancia, que no podemos menos de considerarlas como el síntoma predominante. Los autores citan muchas observaciones de sugetos, que tuvieron hemorragias repetidas, anchas y numerosas petequias, y á veces hasta equimosis. Hállanse ejemplos de este género en las relaciones de las epidemias graves de fiebre tifoidea que afligen los pueblos pequeños. Por nuestra parte hemos visto tres sugetos gravemente afectados, y que murieron rápidamente, despues de haber presentado desde el principio y como síntoma principal, hemorragias nasales repetidas y equimosis en el tronco. En estos casos se declara casi al mismo tiempo una adinamia muy profunda. En el trascurso del último siglo se manifestaba con mucha mas frecuencia que ahora la alteracion de la sangre que produce estas hemorragias.

»Tales son los cuatro predominios sintomatológicos que se manifiestan al principio de la fiebre tifoidea; pero es imposible fijar una duracion esacta á estos prodromos, pudiendo solo decirse que varia entre ocho dias y tres semanas. Acostumbramos contar la invasion de la enfermedad: 1.º desde la época en que el enfermo ha disminuido su alimento ó dejado de comer; 2.º desde que se ha visto obligado a suspender las ocupaciones á que estaba dedicado; 3.º por último, desde que ha tenido que meterse en cama. Concíbese que estas circunstancias, consideradas aisladamente, tienen distinto valor segun el grado de energía del sugeto, su posicion social, su fortuna, etc., y que si el médico sabe apreciarlas debidamente, puede muy bien llegar á conocer el verdadero principio de la enfermedad. Por nuestra parte, como damos mucha importancia al estupor y á la adinamia, colocamos en primera línea la suspension forzada del trabajo: el desarreglo de los órganos digestivos no se manifiesta hasta mas adelante. Cuando la enfermedad empieza por escalofrios, estos pueden revelar su invasion; pero no suelen los sugetos recordar claramente este síntoma, por mas que semejante modo de principiar sea mas comun de lo que generalmente se cree. Si se pudiese esplorar la circulacion, no hay duda que presentaria una aceleracion notable.

»*Primer septenario.*—Es muy difícil determinar la época en que cesan los prodromos y empieza el primer período ó de aumento; sin embargo, pueden servir para caracterizarle la aparicion de algunos síntomas nuevos y el incremento de los que ya existian. Entre los primeros se cuentan tambien en primera línea las alteraciones nerviosas. El estupor es mayor; el rostro ofrece una espresion como de embrutecimiento, sin animacion y está pálido y verdoso; el enfermo se halla echado de espaldas y no puede hacer el menor movimiento, sin que le sobrevengan mareos ó vértigos ó se aumenten si ya los tenia; se queja tambien de dolor de cabeza, zumbido de oidos y sordera; tiene los ojos inyectados, legañosos y á medio cerrar; su sueño es interrumpido por ensueños, y aun con mas frecuencia permanece sumergido dia y noche en una soñolencia continua, de que no tiene conocimiento y de la cual es fácil sacarle; en el mayor número de casos conserva todavia su inteligencia; la cual no se altera sensiblemente hasta el sesto ó sétimo dia. La boca se pone pastosa; la lengua, seca y pegajosa, se cubre de capas blancas amarillentas y aun oscuras hácia el fin del septenario; su sequedad es á menudo estraordinaria; las

capas que la cubren son gruesas, parduzcas y en parte desprendidas á manera de costras; la sed es viva, los enfermos beben con mucha avidez las bebidas que se les dan; son mas raros que en el segundo y tercer septenario los vómitos de materias biliosas, mucosas, ó de tisana, y las náuseas; la sensibilidad del vientre, la diarrea, el meteorismo y el gorgoteo se observan casi constantemente en el primer septenario, é indican el desarrollo y los progresos de la lesion intestinal; las cámaras son por lo comun numerosas, y las materias arrojadas amarillentas ó verdosas y de una fetidez estraordinaria; el pulso está duro, resistente, mas frecuente que en el período de invasion, y se aumentan al mismo tiempo los demas síntomas del estado febril; la piel está caliente, seca, y muchas veces roja é inyectada, particularmente en el rostro y en la parte anterior del pecho; algunas veces húmeda, madorosa ó cubierta de sudor.

»La reaccion del sistema vascular se halla estraordinariamente marcada en el primer septenario, y se verifica sobre todo cuando el sugeto es robusto y predomina en él dicho sistema: si se aumentan las alteraciones del sistema nervioso ó se presentan desde el principio con violencia, la reaccion febril se manifiesta difícilmente ó solo tiene una duracion efímera; viéndose entonces los enfermos sumergidos en la adinamia, sin tener mas que una fiebre moderada.

»Los síntomas del aparato respiratorio son ya muy manifiestos, y todavia se marcan mas en el período siguiente; se oyen los estertores sibilante y de ronquido casi con igualdad en ambos lados del pecho. Si nos quedase alguna duda acerca de la existencia de una fiebre tifoidea, la aparicion de estos estertores nos deberia decidir completamente. La tos es escasa y desproporcionada á la intension del estertor; apenas espele el enfermo algunos esputos trasparentes, viscosos, que se adhieren á la escupidera, y teñidos á menudo de sangre procedente de las fosas nasales.

»Son muy frecuentes las epistasis en esta época de la enfermedad; se presentan por primera vez, ó lo que es mas comun, se manifiestan de nuevo con algo mas de abundancia que al principio. Aparecen tambien las erupciones de manchas sonrosadas y de sudamina; pero solo hácia el sesto ó sétimo dia ó mas tarde.

»En resumen, seria difícil indicar los síntomas que caracterizan esactamente el primer período, y lo mismo decimos respecto de los demas; pues siendo como hemos dicho la fiebre tifoidea una enfermedad de todos los sistemas, fácil es calcular que debe ofrecer muchas variaciones en su sintomatologia segun el predominio morboso de ciertos aparatos. Esta verdad resaltará mas aun cuando describamos las formas de la enfermedad. Lo único que puede establecerse es, que en el primer período la fiebre es muy intensa, marcada por un calor vivo en la piel, aumento de la temperatura y aceleracion del pulso, que es mayor casi constantemente por las tardes.

»*Segundo período ó septenario.*—Corresponde tambien al período de aumento admitido por algunos autores: los síntomas van graduándose y algunos se manifiestan por primera vez. Desde el sétimo al duodécimo dia es cuando se observa ordinariamente la erupcion de manchas sonrosadas, lenticulares, en número variable, en el pecho y vientre; tambien aparece la sudamina, y en último lugar, como síntoma bastante raro á no haber complicacion escorbútica, los equimosis. Se han observado en este período las escaras del sacro y de otras partes del cuerpo, y la ulceracion de las picaduras de las sanguijuelas ó de la superficie de los vejigatorios; pero nosotros las hemos encontrado con mas frecuencia en el siguiente.

»Los síntomas ataxo-adinámicos adquieren mayor intension; el enfermo está postrado y sumido en el estupor; no solamente no puede moverse, sino que parece su cuerpo una masa inerte, que yace en la cama obedeciendo á las leyes de la gravedad. La orina y las materias fecales son espelidas sin sentirlo el enfermo, y se observa á menudo retencion de aquella, habiendo necesidad de darle salida por medio del cateterismo. Nótanse tambien movimientos convulsivos, saltos de tendones, contracciones irregulares de los músculos de la cara, el estrabismo, la oclusion de los párpados, el trismo, la rigidez de los músculos del cuello, de los lomos y del antebrazo, el delirio, ya agudo y acompañado de agitacion, ya tranquilo y taciturno, y en una palabra, todos los síntomas del estado atáxico: la vista y el oido se hallan muy alterados y el sugeto tan sordo, que hay que darle voces para que oiga lo que se le habla.

»La membrana mucosa de los labios, de las encias y sobre todo de la lengua, se seca, se pone fuliginosa y algunas veces se cubre de manchas diftéricas; los labios se hienden; la sed es cada vez mas viva; hay á menudo dificultad de tragar las tisanas ó se devuelven por el vómito, con el cual salen materias biliosas ó mucosas. Las capas de la lengua permanecen, ó disminuyen si los síntomas gástricos pierden algo de su intension. Se aumentan la diarrea, el meteorismo y los demas síntomas abdominales. En esta época es cuando se verifican mas comunmente las hemorragias intestinales; lo cual se esplica por el trabajo ulcerativo y de reblandecimiento que se apodera de las glándulas de Peyero, y tambien por la alteracion mas profunda de la sangre, que propende a salir de los vasos por donde circula.

»El aliento de los enfermos exhala un olor fétido, debido á la presencia de los líquidos mucosos y sanguinolentos, depositados en la boca y alterados por su permanencia en esta cavidad. La respiracion se acelera y se hace

angustiosa; los estertores de ronquido y sibilante se aumentan y oyen en todas las divisiones bronquiales, y se mezclan con estertores húmedos de grandes burbujas y desiguales, que ocupan las partes mas declives y posteriores de ambos pulmones. Estos signos, que indican la congestion de la membrana mucosa bronquial y del parenquima pulmonal, como hemos demostrado mas arriba (V. Sintomatologia), se presentan siempre en esta enfermedad cuando es algo grave. Es mas: creemos que el aumento de los síntomas torácicos es uno de los mejores caractéres del segundo período ó sea del segundo septenario, y hasta cierto punto puede servir de medida de la intension del mal y sobre todo de los síntomas ataxo-adinámicos, puesto que en nuestro concepto depende como ellos de la alteracion profunda del sistema nervioso cerebro-espinal. Vése sin embargo en algunos sugetos una adinamia mediana con signos muy pronunciados de congestion bronquial y pulmonal.

»El pulso está acelerado y á menudo ondulante ó redoblado; á veces se debilita, y se hace pequeño, débil y tembloroso; en otros casos aparece rebotante, contraido é intermitente (Chomel, p. 36). Obsérvanse tambien una ó varias exacerbaciones diarias del movimiento febril; las cuales acontecen particularmente por la tarde ó por la noche, manifestándose por calor y sequedad de piel y por frecuencia del pulso, y terminando en algunos casos por mador ó por un sudor abundante.

»La orina es á veces muy encendida, rojiza, poco acuosa, dispuesta á formar sedimentos, ácida y sin olor particular: tiene todos los caractéres de la orina febril.

»*Tercer período ó septenario*. Si la fiebre tifoidea es muy intensa y ofrece la forma adinámica ó atáxica, persisten todos los síntomas precedentes en el mismo grado entre los dias quince y veintiuno, ó bien solo disminuyen poco y lentamente, de manera que duran todavia el trigésimo y aun el cuadragésimo dia. Por el contrario, cuando la fiebre es benigna ó tiene una intension mediana, los síntomas se mejoran en el órden siguiente: la frecuencia del pulso es menor, disminuye la temperatura de la piel, y cesan el meteorismo y la diarrea; la lengua se humedece y se limpia; vuelve el apetito y van disminuyendo lentamente las alteraciones de la inervacion. El enfermo empieza á salir del adormecimiento en que estaba sumido; responde con facilidad á las preguntas que se le hacen; su rostro espresa la atencion que presta á lo que pasa á su alrededor; empieza á beber solo; reclama los objetos que le son necesarios para satisfacer sus necesidades, y deja de orinarse y de ensuciarse en la cama. La misma mejoria se observa en los síntomas pectorales: disminuyen los estertores sonoros, que se hacen mas húmedos; los enfermos espectoran con mas facilidad, y los esputos no son tan viscosos; los estertores subcrepitantes que anunciaban la congestion pulmonal, van desapareciendo y despues dejan de oirse, quedando solo en una ú otra parte estertores sonoros, últimos signos de la congestion bronquial. Se calma la calentura; el pulso late con menos frecuencia, y tiene a veces al mismo tiempo cierta pequeñez é irregularidades que nos han llamado la atencion en varios enfermos. En otros se retarda el pulso de un modo muy marcado: le hemos visto latir menos de 60 veces por minuto en algunos casos en que ha sido siempre la convalecencia franca y duradera. El sudor, la descamacion cutánea, la formacion de escaras, de parótidas, etc., son accidentes que se presentan asimismo en el tercer septenario, en el momento de establecerse la convalecencia: mas adelante hablaremos de ellos.

»Terminaciones.—La fiebre tifoidea puede terminar en la salud ó en la muerte; presentar en su curso alguna complicacion, ó ser remplazada por otra enfermedad.

»*Terminacion por la salud.—Resolucion de la fiebre tifoidea.*—Despues de haber presentado la fiebre tifoidea los síntomas que hemos dado á conocer, recorre ordinariamente el segundo septenario: ya hemos dicho que Louis no la ha visto terminar antes de los catorce dias (*loc. cit.*, p. 510). Bretonneau admite casos en que la erupcion dotinentérica no recorre todos sus periodos: si camina hácia la resolucion, disminuyen de volumen las glándulas de Peyero, y al fin del tercer septenario es difícil encontrar mas señales de la enfermedad, que una ligera rubicundez en los puntos inflamados (mem. cit., de Trousseau, en *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 72, 1826). Dice Forget que de 146 enfermos curados, 33 entraron en convalecencia del sétimo al décimoquinto dia (*loc. cit.*, p. 313). Andral cree tambien, que el exantema intestinal puede terminar por simple resolucion sin supuracion ni escara (*Clin. méd.*, p. 508).

»Puede compararse sin esfuerzo lo que sucede en este caso con el exantema cutáneo de las fiebres eruptivas. Un aparato febril intenso precede á veces inmediatamente á una erupcion cutánea débil, á algunos granos de viruelas, de varioloides ó de sarampion por ejemplo; y recíprocamente puede efectuarse una erupcion muy confluente con síntomas generales ligeros. Lo mismo sucede en las fiebres tifoideas. Sin embargo, debemos advertir que las que terminan hácia el dia catorce presentan en general síntomas nerviosos y febriles mucho mas leves que las demas. Los autores que creen que toda la enfermedad depende de la lesion intestinal, no quieren comprender que esta es por el contrario un efecto de la primera, y que por consiguiente la verdadera causa de la resolucion de la fiebre no debe buscarse en los intestinos. Pero sea de esto lo que quiera, admitimos que la enfermedad no recorre fatalmente todos sus períodos, y que puede

curarse á los catorce dias, aunque con menos frecuencia que en una época mas adelantada. Por último, añadiremos que la que aborta del octavo al décimocuarto dia, se distingue de las demas por síntomas menos graves y afecta desde el principio una forma benigna.

»Convalecencia.—Antes de confirmarse la convalecencia, se observan síntomas que anuncian la declinacion del mal y que ya hemos indicado antes. Desaparece el color ceniciento de la cara volviéndose mas claro y mas limpio; se mejora la espresion de los ojos y de toda la fisonomia, dejándose de notar en ella aquella indiferencia tan característica; los sentidos y el cerebro recobran sus funciones, aunque algunos enfermos conservan todavia algo de sordera, y otros debilidad de la memoria y de la inteligencia. La debilidad muscular es aun muy grande; de modo que cuando los sugetos se levantan, les tiemblan los miembros inferiores, que apenas pueden sustentar el peso del cuerpo.

»¿Desde cuándo debe contarse la convalecencia? ¿cuáles son los signos que la indican? Estudiaremos con algun cuidado esta parte demasiado abandonada de la enfermedad. Ya se deja conocer, que para determinar esactamente la duracion de la fiebre tifoidea, es necesario designar antes las épocas de su principio y de su terminacion; pero los patólogos no estan en manera alguna de acuerdo acerca de este punto. Preciso es confesar, que los límites esactos del principio y de la terminacion son mas difíciles de fijar en la fiebre tifoidea que en ninguna otra enfermedad; sin embargo, es de la mayor importancia el hacerlo, porque segun se coloque la invasion de la calentura en tal ó cual época, se acorta ó se prolonga la duracion del mal y no pueden compararse los resultados que se obtienen.

»La convalecencia, segun Louis y Chomel, empieza desde el instante en que se puede alimentar á los enfermos sin inconveniente. Este límite señalado á la fiebre tifoidea es rigoroso en cierto número de casos, mas no en todos; pues hay muchos enfermos que piden de comer, y que pueden hacerlo sin peligro, aunque persistan todavia la calentura y los síntomas adinámicos. Por eso creemos, que para determinar el estado de convalecencia, es conveniente tener en cuenta otros datos de cuya importancia hemos hablado ya. Debe investigarse con cuidado, si disminuyen las alteraciones nerviosas y la calentura, lo cual se conoce fácilmente por los signos siguientes: se mejora la espresion facial; el enfermo se interesa en lo que pasa á su alrededor; disminuye el estupor; se mueve con mas facilidad en la cama; al mismo tiempo ó al cabo de algunos dias se abre el apetito y el enfermo pide de comer; la temperatura de la piel vuelve al estado natural y el pulso pierde su frecuencia.

»Bouillaud, á quien se deben estudios interesantes acerca de la convalecencia, cree que han entrado en este período los enfermos, en quienes falta del todo ó casi completamente el movimiento febril, que presentan el vientre flojo, sin gorgoteo ni meteorismo notable, que no tienen ya diarrea y que empiezan á tomar el caldo sin repugnancia (*Clin. med.*, t. I, página 378). Por nuestra parte creemos, que la disminucion de las alteraciones nerviosas es lo que debe llamar mas la atencion del patólogo. Si Bouillaud ha fijado con demasiado esclusivismo su atencion en los síntomas abdominales, es porque en su concepto la lesion intestinal desempeña el principal papel en la produccion de los accidentes (V. Duracion).

»Acabamos de ver que la terminacion de la fiebre tifoidea puede verificarse hácia el décimocuarto dia; ya porque solo se hayan hinchado las glándulas de Peyero abortando los demas fenómenos locales; ya porque la fiebre haya determinado una erupcion poco confluente y ligera; ya en fin, porque estuviese en la esencia misma de la enfermedad el tener poca intension en razon de la predisposicion individual ó de cualquiera otra causa. ¿Los sedimentos de la orina, los sudores, la epistasis y las parótidas, concurrirán á la terminacion de la calentura? ¿serán fenómenos críticos?

»Los depósitos que se forman en la orina son menos abundantes en la época de la convalecencia; porque de febril que era este líquido, recobra su estado natural, es decir, que se aumenta la cantidad de agua y se depositan con menos facilidad las sales que tiene en disolucion. Dependen, pues, estos cambios de la disminucion ó de la conclusion del estado febril, y son efecto y no causa de la terminacion feliz de la enfermedad. Lo mismo decimos de la mayor parte de los fenómenos que se han considerado como críticos.

»La aparicion del sudor en una época adelantada de la enfermedad ha parecido traer consigo una mejoria rápida en dos casos observados por Chomel, y en otros dos se creyó lo mismo de una diarrea copiosa; pero, como dice el mismo autor, cuatro hechos entre ochenta y cuatro solo pueden considerarse como escepciones raras y poco favorables á la doctrina de las crisis (ob. cit., p. 48). Nosotros hemos visto en uno solo de nuestros ciento veinticinco enfermos una mejoria súbita é inesperada, coincidiendo con la manifestacion de un sudor abundante. Andral ha observado en doce enfermos una mejoria tan sensible y tan rápida, al mismo tiempo que se desarrollaba un sudor notable, que no ha podido menos de considerar este fenómeno como una verdadera crisis (*loc. cit.*, p. 641).

»La epistasis que sobreviene en una época adelantada, y con mayor razon la del principio, nunca han apresurado la terminacion de la enfermedad. Cuando se manifiesta con los primeros síntomas, parece favorable en algunos casos, porque disminuye la cefalalgia y los vértigos aunque por un tiempo muy corto: si

se presenta mas adelante, no trae consigo alivio en los síntomas. Lo que acabamos de decir de la epistasis se aplica igualmente á las evacuaciones alvinas y á las parótidas. Hasta se ha pretendido que las escaras y la erisipela podian considerarse como fenómenos críticos, sin reparar que son complicaciones peligrosas que manifiestan la gravedad del mal. Puede muy bien suceder que el enfermo se cure resistiendo el organismo los ataques de la enfermedad; pero entonces los fenómenos que se consideran como críticos, nos parecen ser por el contrario accidentes graves y causas de destruccion que se oponen al restablecimiento del enfermo; habiendo entonces una verdadera lucha entre esta causa destructora y el organismo. Nada vemos en esto de crítico: la enfermedad ha producido sus mas desastrosos efectos (escaras, parótidas, erisipelas); el sugeto ha podido resistirlos, y justamente se quiere hacer pasar por saludable y *judicatorio* lo que debia causar la muerte del enfermo. Solo porque se ha curado, se quiere atribuir su curacion al enemigo que debia haberle hecho sucumbir. Razonamiento singular, que no ha podido concebirse sino por espíritu de sistema, y que solo se apoya en una falsa y viciosa interpretacion de los fenómenos morbosos. ¿Por qué no se dice tambien que la sudamina, las manchas sonrosadas lenticulares, la diarrea y la induracion de las glándulas de Peyero, son producciones morbíficas críticas? No insistimos mas en este asunto, porque está juzgado ya por todo el mundo. Apenas creemos necesario añadir que «la doctrina de los dias críticos tiene menos fundamento aun que la de las crisis» (Chomel, p. 48).

»*Terminacion por la muerte.*—Los síntomas y el curso de la fiebre tifoidea ofrecen particularidades importantes, segun que la muerte resulta del predominio de las alteraciones nerviosas, abdominales ó torácicas, ó por último del desarrollo de alguna de las complicaciones que estudiaremos mas adelante.

»A. *Muerte por el sistema nervioso.*—Referimos á esta causa las muertes inesperadas y casi repentinas que se observan, aunque pocas veces, en sugetos que han llegado al fin del segundo ó del tercer septenario, y en cuyas autopsias no se encuentra lesion alguna por la que se pueda esplicar la rápida y repentina terminacion del mal. Nos ocuparemos ante todo de algunos casos que hemos podido observar, en los cuales, despues de haber presentado los enfermos prodromos variables por su duracion, caen rápidamente en un estupor y en una adinamia profundos. De buen grado llamariamos *fiebre tifoidea fulminante* á estos casos, que con nada pueden compararse mejor que con el tifus, tanto en razon de la intensidad de los síntomas, cuanto por la prontitud con que sobreviene la muerte. Obsérvanse estas fiebres tifoideas en las epidemias de los pueblos pequeños, ó cuando el mal reina con violencia en las grandes ciudades. En este caso presenta la enfermedad desde el principio un grado estraordinario de gravedad: los enfermos caen prontamente en el estupor y en el coma, y cuesta mucho trabajo sacarlos algun instante de su estado, aun por medio de estímulos fuertes. Las narices estan pulverulentas, los ojos legañosos, el rostro verdoso, algunas veces animado y encendido; el oido obtuso; hay mas ó menos meteorismo, cámaras involuntarias, respiracion penosa y difícil, estertores sonoros, aunque á veces no obstante esta normal la respiracion; el pulso es duro y desarrollado, ó pequeño, tan débil que huye debajo del dedo que le comprime, y despues se hace imperceptible. Por último muere el enfermo en medio de los síntomas adinámicos. Muchas veces le acomete un delirio tranquilo ó agitado y estrepitoso; trata de levantarse de la cama, y hay necesidad de ponerle el camison para poderlo impedir. Obsérvanse al mismo tiempo saltos de tendones, contracciones de los músculos del cuello ó del tronco, y algunas veces muere el sugeto en medio de una especie de ataque epileptiforme, como lo hemos observado en un caso: por lo comun se abate y sucumbe en el coma.

»La muerte por el sistema nervioso no se verifica en la mayor parte de los sugetos hasta despues del tercer septenario y aun mucho mas tarde, como se observa principalmente en la forma que daremos á conocer con el nombre de *lenta nerviosa.* Otras veces se aumenta el estupor; el delirio, que solo se manifestaba durante la noche, continúa por el dia, concluyendo el enfermo por debilitarse y morirse.

»Este género de casos debe dividirse en dos grupos: en el uno, que es el menos numeroso, colocamos los sugetos que mueren sin presentar alteracion alguna bien marcada en el intestino ni en las demas vísceras. En semejantes circunstancias suele encontrarse una simple hipertrofia de una glándula de Peyero, ó tres ó cuatro glándulas reticuladas y nada mas. Hemos visto morir así á dos sugetos al principio del segundo septenario: las chapas de Peyero, en número de seis á diez, ofrecian la primera forma de lesion que hemos descrito con el nombre de hipertrofia simple. Louis dice haber observado cuatro sugetos, en quienes no podia esplicarse la muerte por el estado de los órganos: en los dos casos que refiere muy minuciosamente, las chapas elípticas estaban hipertrofiadas, rojas, pero no ulceradas (*loc. cit.*, obs. 27 y 28).

»En otro grupo deben colocarse los enfermos, que mueren en una época adelantada de la enfermedad y con una lesion gastro-intestinal evidente, pero no bastante para esplicar la muerte. Encuéntranse por ejemplo seis a diez ulceraciones superficiales, unas casi cicatrizadas y otras próximas á estarlo, hallándose perfectamente sanos los demas órganos. Pero no creemos que nadie se atreva á asignar á las

alteraciones materiales los límites en que debe cesar ó continuar la vida. Hace mucho tiempo que los médicos filósofos han renunciado á la orgullosa pretension de penetrar los misterios de la vida, y que no se precian de saber esactamente cuáles son los desórdenes materiales incompatibles con la existencia. Lo único que se puede decir en vista de una lesion mínima ó nula, es que la alteracion profunda del sistema nervioso, ó en otros términos, el aniquilamiento de las fuerzas vitales, ha sido la principal causa de la destruccion de la vida. «No podrian en ciertos casos, dice Louis, las alteraciones de las funciones cerebrales, con lesion material apreciable ó sin ella, bastar por sí solas para esplicar la muerte?» (*loc cit.*, p. 400). Tal nos parece ser en la fiebre tifoidea, mas que en ninguna otra enfermedad, la causa de muchas muertes prematuras ó acaecidas en una época adelantada del mal.

»Se dirá sin duda, que atribuir al sistema nervioso la produccion de tan funestos efectos es contentarse á poca costa y satisfacerse con palabras. Con todo, los síntomas que entonces se observan parecen depender de la alteracion de la inervacion, mas bien que de la de los demas órganos.

»*Muerte por los intestinos.* — Aunque la lesion intestinal diste mucho de ser el principal y único elemento de la fiebre tifoidea, puede, no obstante, servir para esplicar la muerte en muchos casos. «En las dos quintas partes de los sugetos, dice Louis, no podia el estado de las chapas elípticas, el de la membrana mucosa y de las glándulas mesentéricas, esplicar la funesta terminacion de la enfermedad» (página 383). Resulta de este cálculo, que en las tres quintas partes de casos los intestinos delgados estan bastante alterados para autorizarnos á atribuirles la muerte; pero en las otras dos quintas hay que hacer intervenir las alteraciones y las flegmasias de los intestinos gruesos, el reblandecimiento del estómago, los trastornos del sistema nervioso, etc.

»Muchos enfermos mueren aniquilados por una diarrea intensa, que se declara despues del dia veinte y aun mas tarde y cuando han entrado ya en convalecencia: la ulceracion de las glándulas de Peyero es la causa de esta diarrea persistente, que á menudo se sostiene por los frecuentes escesos que comete el enfermo en el régimen, siguiendo ciegamente su apetito. Los síntomas que en semejante caso se observan son: un deterioro lento ó rápido, vómitos frecuentes de materias alimenticias, color térreo de la piel, sequedad, calor ó enfriamiento de la misma, cámaras involuntarias, muchas veces escoriaciones de la piel de las nalgas ó del sacro, escaras, erisipelas del tronco, de la cara, etc. En la autopsia de los sugetos que han muerto con estos síntomas, se encuentran ulceraciones, muchas veces numerosas, en los intestinos gruesos, color rojo ó negruzco de la túnica mucosa, y estas mismas inyecciones y arborizaciones inflamatorias en los intestinos delgados, entre las glándulas de Peyero ulceradas ó cicatrizadas ya. Podriamos describir aqui la terminacion por perforacion ó por hemorragia intestinal; pero nos parece que estas lesiones pertenecen á la historia de las complicaciones.

»*Muerte por lesion de los órganos respiratorios.* — Es de admirar que los autores guarden silencio, ó solo hablen ligeramente, acerca de los accidentes mortales que determina la lesion del aparato respiratorio. Sin embargo, nadie duda que en la forma llamada pectoral, tan comun principalmente en ciertas epidemias de fiebre tifoidea, ocasionan la muerte la dificultad de respirar y los graves desórdenes que de ella resultan. En esta forma se observan los estertores sonoros y sibilantes en todo el pecho, y en la base estertores húmedos de burbujas grandes y muchas veces pequeñas, dando lugar al estertor subcrepitante. La respiracion es frecuente, difícil, estertorosa; los síntomas adinámicos y atáxicos se desarrollan ó aumentan, y el enfermo muere en un estado de asfixia, acompañada de cianosis ligera del tronco y de las manos, y de calor ó frialdad en las estremidades. La congestion de la mucosa bronquial, ó uno de los dos grados de la congestion pulmonal que hemos descrito antes (V. *anatomia patológica*), son las alteraciones que se encuentran despues de la muerte de los sugetos que han presentado semejantes síntomas. En cuanto á la pulmonia, que puede tambien producirlos, pertenece á la historia de las complicaciones.

»D. *Muerte por alguna complicacion.*—Solo queremos indicar aqui el lugar de las enfermedades que deben considerarse como complicaciones: tales son las escaras, la perforacion intestinal, la erisipela, la pulmonia, la encefalitis, etc. (V. COMPLICACIONES).

»3.° *Terminacion por otra enfermedad.*— Debe considerarse que la fiebre tifoidea está completamente curada, cuando han desaparecido ya todos los accidentes locales ó generales que le son propios. Entonces se presentan en ocasiones por primera vez, ó se manifiestan de nuevo y con mucha intension, los síntomas de una enfermedad visceral. El número de estas afecciones que remplazan á la fiebre tifoidea es poco considerable. Háse visto á la tisis pulmonal seguir un curso bastante agudo en la convalecencia de la fiebre tifoidea. Por nuestra parte solo hemos visto tres casos de tisis desarrollada en semejantes circunstancias, siendo en dos su marcha bastante rápida: en el tercero estuvo el mal contenido por algunos meses, despues de los cuales perdimos de vista al enfermo. No es frecuente observar la tuberculizacion pulmonal despues de las fiebres tifoideas; lo que prueba evidentemente, que se habia exagerado la influencia de la bronquitis y de la congestion pulmonal en el desarrollo de los tubérculos. Efectivamente, si esta in-

fluencia fuera incontestable, como se ha dicho, se desarrollarian mas á menudo tubérculos pulmonales en la fiebre tifoidea, siendo como son en ella tan frecuentes dichas congestiones.

»Háse hablado tambien de disenteria, de fiebre intermitente y de enagenacion mental, como de enfermedades que han sucedido á la fiebre tifoidea en algunos casos; pero ademas de que estos accidentes son escesivamente raros, deben considerarse como puramente accidentales, y su relacion con la fiebre tifoidea está lejos de hallarse bien demostrada.

»Recidivas.—La fiebre tifoidea, del propio modo que los exantemas, tales como el sarampion, las viruelas y la escarlatina, ataca solo una vez á un mismo individuo. La mayor parte de los autores aseguran que no se ha observado un solo caso de recidiva; pero la comparacion que hacen entre la fiebre tifoidea y los exantemas no basta para probar su aserto, pues sabido es que estos últimos pueden manifestarse dos veces en un mismo sugeto aunque en grados diferentes, como sucede en las viruelas. Concíbese que es dificil adquirir convencimiento acerca de este asunto, pues los datos que dan los enfermos no bastan para disipar las dudas. Háse dicho que hallándose casi siempre las glándulas de Peyero ulceradas y destruidas, apenas es posible que se reproduzca la fiebre tifoidea. Pero este argumento es inadmisible; porque muchas veces la enfermedad de la glándula termina por resolucion, y ademas no se afectan todos los folículos acumulados, como lo acreditan aquellos casos en que no hay mas que tres ó cuatro glándulas hipertrofiadas ó ulceradas. Con todo, mientras que nuevos hechos no destruyan la opinion general, admitiremos que la fiebre tifoidea casi nunca se padece mas de una vez (V. Naturaleza).

»Duracion de la fiebre tifoidea.—No estan de acuerdo los patólogos sobre la duracion de la fiebre tifoidea, ni sobre el modo de calcular el principio y fin de la enfermedad: unos creen que empieza la convalecencia cuando el enfermo toma una parte de racion ó caldo, ó bien cuando disminuye la frecuencia del pulso y declina la fiebre. Comprendiendo Forget las dificultades que presenta este asunto y la importancia que tiene, se ha dedicado á estudiarle con cuidado, y cree deber admitir «que el momento de la invasion es aquel en que la fiebre, la debilidad ú otros síntomas graves, obligan al sugeto á declararse enfermo, á interrumpir la regularidad de sus trabajos ó á meterse en cama.» En cuanto á la convalecencia le parece debe contarse desde que se empieza á alimentar á los enfermos (*loc. cit.*, página 310). Indudablemente no carece de esactitud este modo de determinar el principio y la terminacion de la enfermedad; pero sin embargo nos parece insuficiente, si no se cuida de indicar con algunos pormenores los síntomas del principio. Recordaremos que la debilidad muscular y el estupor son, á nuestro parecer, los primeros síntomas que se presentan en la fiebre tifoidea; por lo que consideramos que marcan el principio del mal, y creemos que este data desde el momento en que el enfermo deja de trabajar, ya de cuerpo ya de espíritu, segun sea su profesion. Con mas razon nos parece que el meterse en cama, principalmente en los artesanos, es el signo prodrómico que tiene mas importancia, debiéndose contar despues la pérdida del apetito. Finalmente, es preciso averiguar por un atento interrogatorio, si el enfermo ha tenido escalofrios, calor y sed; pues si hubiesen existido estos síntomas con cierta intension, y sobre todo con persistencia, debiera considerárselos como signos del principio. Añádase á esto, que los síntomas generales que abren la escena y que caracterizan la invasion de la enfermedad, son tambien los que deben tenerse presentes para determinar la época de la convalecencia. El estupor es el primer síntoma que se disipa; la espresion del rostro se mejora; los ojos se animan; las miradas son mas inteligentes y la palabra mas facil; con lo que se bosquejan ya los primeros signos de la convalecencia, signos que importa mucho consultar antes que los que suministra la esploracion del tubo digestivo. El estado de la circulacion, unido á la disminucion de las alteraciones nerviosas, nos parece ser una de las mejores señales de la convalecencia. El pulso disminuye de frecuencia; se debilita, haciéndose al mismo tiempo menos resistente y algunas veces irregular. Por último, es un signo cierto de convalecencia el recobrar la temperatura cutánea sus grados fisiológicos. Tales son las bases por las que debe calcularse la duracion del mal.

»Louis sostiene con razon «que cuando la enfermedad es larga, su duracion es verdaderamente ilimitada y carece de aquella regularidad que se observa en el sarampion, la escarlatina, y las viruelas cuando son discretas.» Sin embargo, nunca la ha visto durar menos de catorce dias (t. III, p. 510). La duracion media en los casos graves es de treinta y dos dias, en los medianos y ligeros de veintiocho. La convalecencia se efectúa desde el dia ocho al ochenta. Louis asegura que las sangrias repetidas no abrevian la duracion de la enfermedad.

»Chomel ha visto establecerse la convalecencia en un enfermo al octavo dia, en otro al noveno, y en cuatro al duodécimo. De sesenta y ocho casos de curacion, cincuenta veces, es decir cerca de las tres cuartas partes, se manifestó la mejoria del dia quince al treinta (página 44); y de cuarenta y dos enfermos que murieron, los nueve fué en el curso del segundo septenario y uno solo durante el primero (página 17 y 40).

»Bouillaud, que atribuye á las emisiones sanguíneas hechas segun su método, la virtud de acortar singularmente la duracion de la dotinenteria, asegura que en 47 enfermos que

se curaron la duracion media de la enfermedad fué la de ocho dias contados desde la entrada, y de quince desde el principio del mal; y que en los 156 enfermos curados, cuyas observaciones cita en su *Essai sur la phylosophie médicale*, p. 380, el término medio de duracion fué casi el mismo (*Clin. méd.*, p. 386). «La duracion de la enfermedad propiamente tal y de la convalecencia, dice Bouillaud, ha disminuido de tal modo, bajo la influencia del tratamiento formulado, que para creerlo es menester haberlo visto. La convalecencia empieza en general hácia el tercero ó cuarto dia del tratamiento en los casos leves; antes del fin del primer septenario en los medianos, y en muchos de los graves, y antes del fin del segundo septenario en los de mas peligro» (*Nosographie médicale*, p. 163).

»En ciento cuarenta y seis casos seguidos de curacion, ha visto Forget que la duracion total de la enfermedad era: mínimum 7 dias, máximum 67, y término medio 24.—Duracion antes de la entrada: mínimum 0, máximum 35 dias, término medio 11.—Duracion de la convalecencia, término medio 13 dias. La duracion de la enfermedad varia segun la gravedad de la afeccion, y comprendiéndolo asi Forget trae los resultados siguientes: 37 casos leves han durado por término medio 17 dias; 51 casos medianos 22 dias, 58 casos graves 31 dias. En cuarenta y tres casos seguidos de muerte se encuentra por duracion media antes de la entrada la proporcion siguiente: mínimum 4 dias, máximum 35, y medio 11 dias; por duracion total de la enfermedad: mínimum 8 dias, máximum 59, y medio 26 dias (ob. cit., p. 311). «Vemos, dice Forget, que la duracion de la enfermedad antes de la entrada ha sido mas larga en los casos seguidos de muerte, y lo mismo ha sucedido respecto á la duracion total en estos mismos casos.» Ninguno de sus enfermos ha sucumbido en el primer septenario y solamente ocho en el segundo. Por último, referiremos la siguiente noticia, que no carece de importancia. En 138 enfermos la duracion de su permanencia en el hospital fué de 24 dias por término medio; los que se curaron estuvieron en él tambien por término medio 28 dias, y los que se murieron 13 dias.

»No reproduciremos aqui la crítica vehemente y algun tanto acerba, que ha suscitado el punto de patologia de que nos estamos ocupando; porque habriamos de entrar en discusiones penosas y agenas de nuestros hábitos. Sin embargo, de los hechos contradictorios alegados por una y otra parte, debe resultar: 1.° que para apreciar con esactitud la duracion de la fiebre tifoidea, es preciso entenderse acerca de la época en que empieza y concluye el mal; 2.° que para obtener resultados comparables, hay que distinguir los casos graves de los medianos y leves; 3.° y por último, que debe hacerse el diagnóstico con esactitud. Y no se ofenda por estas palabras la susceptibilidad de nadie; pues no se necesita haber visto veinte casos de fiebre tifoidea, para saber que el estado tifoideo, el infarto gástrico, la fiebre mucosa, una irritacion pasagera del sistema sanguíneo, la calentura biliosa, etc., pueden alucinarnos al principio, hasta el punto de hacernos creer que existe una fiebre tifoidea incipiente; y la dificultad será mayor y aun insuperable, si se establece inmediatamente una medicacion enérgica de cualquier manera que sea (véase DIAGNÓSTICO). De estas consideraciones resulta otra verdad que no podemos pasar en silencio, á saber, que se han comparado con mucha frecuencia casos que á la verdad no son semejantes. ¿Se puede, por ejemplo, comparar la duracion de la fiebre que afecta desde el primer septenario una forma atáxo-adinámica muy grave, con la que solo viene acompañada de una fiebre mediana y de síntomas abdominales ligeros ó aun intensos y de algun estupor? Los autores mas antiguos convienen en considerar como muy larga y espuesta á toda especie de accidentes á la fiebre mesentérica, y Baglivio dice, que exige del médico mucha paciencia, espectacion y contemporizacion (*Praxeos medicæ* en *Opera omnia*, t. I, p. 71, en 8.°; Paris, edic. de Pinel). ¿Quién no sabe que la fiebre lenta nerviosa de Huxham y las adinámicas y atáxicas de Pinel tienen una duracion muy larga?

»ESPECIES Y VARIEDADES Ó FORMAS DE LA FIEBRE TIFOIDEA.—Esta fiebre se presenta siempre con un conjunto de síntomas que la dan á conocer fácilmente; sin embargo pueden algunos adquirir un predominio marcado sobre los demas, y esto da al mal una forma particular, que es lo que se llama *forma especial de la enfermedad*. Cuando el estupor, la debilidad muscular é intelectual llegan á un grado estraordinario, resulta la *forma adinámica*; cuando el delirio, la agitacion moral, los saltos de tendones y los fenómenos convulsivos sobresalen sobre todos los demas, tenemos la *forma atáxica*, etc. Mas adelante diremos de qué manera se han de concebir las formas de la fiebre tifoidea: por de pronto pasaremos á indicar las que han admitido los autores. Damos la mayor importancia á este estudio, porque es la base de la terapéutica racional, que á nuestro parecer es la mejor de todas en la fiebre tifoidea.

»Las principales formas son: la *adinámica*, la *atáxica*, la *lenta nerviosa*, la *mucosa*, la *inflamatoria*, la *biliosa*, la *remitente* y la *artrítica* ó *reumática*.

»Háse propuesto otra division fundada en el predominio de los síntomas cerebrales, abdominales ó torácicos, resultando las formas *cerebral*, *abdominal* y *pectoral*. Littré, que es el autor de esta division, observa justamente que las alteraciones funcionales del sistema nervioso y de las vias respiratorias y digestivas no adquieren igual intension en todos los casos, resultando

de aqui varias formas sintomatológicas (artículo Dothinentérie, *Dict. de Médecine*, p. 464, 2.ª edic.). Ya los autores antiguos habian advertido estas diferencias, como lo prueban las denominaciones que empleaban para significarlas (fiebre gástrica, entero-mesentérica, frenitis, pútrida, biliosa, mucosa, etc.): segun el síntoma que predominaba daban á la fiebre el nombre que la caracterizaba. El mismo Pinel, aunque localizando las fiebres mejor que se habia hecho hasta él, no pudo resistir al influjo de esta doctrina, y considera tambien los principales grupos de síntomas de la fiebre tifoidea como otras tantas fiebres diferentes, á las que denomina: 1.º pútridas ó adinámicas; 2.º malignas ó atáxicas; 3.º muchas de sus calenturas inflamatorias, biliosas ó gástricas, pituitosas ó mucosas, entran tambien en el cuadro de la fiebre tifoidea.

»Vemos, pues, que las diferentes formas de fiebre tifoidea que acabamos de citar no son mas que predominios de síntomas, ó en otros términos alteraciones funcionales, que adquieren mayor intension segun ciertas circunstancias que procuraremos determinar. Es esto tan cierto, que no se puede dar nombre á la enfermedad cuando todos los síntomas llegan poco mas ó menos á un mismo punto, no habiendo entonces otro recurso que imaginar una *forma mista*, es decir, un compuesto de otras formas en proporciones casi iguales. Esta forma mista es bastante comun: se observa principalmente cuando la enfermedad es leve ó de mediana intension. En otros casos los síntomas adinámicos y atáxicos combinados dan lugar á la forma *ataxo-adinámica*, ó á la pectoral y adinámica, etc. Por este órden podemos representarnos las mas variadas combinaciones patológicas, las cuales se manifiestan muy á menudo á la cabecera de los enfermos.

»En otros casos la forma de la fiebre tifoidea depende de su curso. El tifus siderans es una fiebre tifoidea, ordinariamente adinámica, en la que todos los síntomas llegan á un grado muy alto desde el principio, y producen la muerte en pocos dias. Esta forma se halla en oposicion con la que hemos descrito con el nombre de *forma lenta nerviosa*.

»Se ha tratado de clasificar la enteritis foliculosa segun sus grados ó su gravedad. «Esta clasificacion, dice Forget, es la mas moderna y ha sido adoptada por la mayor parte de los autores, que han creido ser necesario para formular el pronóstico y aplicar los medios terapéuticos, establecer lo que ellos llaman categorias, segun que son ligeros, medianos ó graves, los casos de que deducen sus resultados estadísticos. Pero desde luego se conoce cuan arbitraria ha de ser necesariamente semejante clasificacion de los hechos» (*loc. cit.*, página 263). Añadiremos á esto que es imposible comprender en esta division las diferentes variedades que puede ofrecer la fiebre tifoidea.

»Tenemos, pues, que contentarnos con el estudio de las diferentes formas que estan fundadas en el predominio de los síntomas. Ya hemos dicho que los aparatos de la inervacion, de la digestion, de la respiracion y de la circulacion, estan muy alterados en la fiebre tifoidea. Procederemos á estudiar las formas que se derivan de las alteraciones funcionales de estos cuatro grandes aparatos, observando no obstante que estas formas no cambian absolutamente en nada el fondo de la enfermedad.

»Tambien describiremos como una variedad *la fiebre tifoidea de los niños*.

»1.ª *Forma ó fiebre tifoidea con predominio de las alteraciones de la inervacion y de la motilidad.*—Segun que estas alteraciones consisten en la disminucion, la perversion ó el aumento de dichas funciones, ofrece esta forma las variedades siguientes: A *fiebre tifoidea adinámica*. B *lenta nerviosa*. C *siderante*. D *atáxica*. E *artrítica*.

»A *forma adinámica de la fiebre tifoidea*, *fiebre pútrida* de Stoll, de Quarin y de otros, *pestilencial* de Fracastor, *adinámica* ó pútrida de Pinel. Esta forma es la mas frecuente de todas, pues de los 42 casos de que ya hemos hablado y que terminaron por la muerte, cuenta Chomel 26 en los que era muy marcada la adinamia (p. 384). A nuestro parecer es todavia corta esta proporcion. Lo que hemos dicho acerca del estupor, que aparece constantemente, y muchas veces desde el principio de la enfermedad, sirve para esplicar la frecuencia de los fenómenos adinámicos. Hasta diremos que no hay una sola fiebre tifoidea grave sin la forma adinámica ó atáxica, que es la que predomina sobre todo en las epidemias. Háse pretendido tambien que la sangria hace caer rápidamente á los enfermos en una adinamia estremada, cuando se practican desde el principio ó son muy abundantes (Huxham, Pringle y otros muchos autores).

»En un primer grupo, que comprende muchos casos de fiebre tifoidea, deben colocarse todos aquellos, en que la debilidad muscular y el abatimiento de las fuerzas no se manifiestan de un modo marcado sino durante el curso del segundo septenario ó todavia mas tarde. Otro grupo menos numeroso comprende los casos en que la adinamia es el primero y mas pronunciado de todos los síntomas; en cuya categoria se cuentan casi todos los casos graves. Ya sea que la enfermedad tenga desde el principio la forma adinámica, ó ya la adquiera en una época mas adelantada, se presentan los síntomas siguientes: estupor profundo, rostro alterado, sin espresion ó como embrutecido; ojos legañosos, rojizos; párpados entreabiertos; cefalalgia, embriaguez tifoidea, zumbido de oidos y despues sordera; narices pulverulentas, epistaxis, piel seca, muy caliente y mas adelante cubierta de una humedad fria; papulas, sudamina, petequias y algunas veces púrpura y equimosis; soñolencia,

estado comatoso hácia el fin de la enfermedad; delirio tranquilo, movimientos de los labios, pronunciacion balbuciente de algunas palabras ininteligibles; postracion tal que el enfermo está inmóvil en su cama como una masa inerte; saltos de tendones, escrecion involuntaria de orina y de las cámaras; lengua cubierta de capas fuliginosas amarillentas ú oscuras, ó bien limpia y seca, hendida, tostada, ensangrentada, vacilante y como olvidada entre los labios; sed viva, deglucion al principio libre, pero despues difícil; vómitos, meteorismo considerable, gorgoteo intestinal, diarrea intensa; pulso frecuente y débil, tembloroso, pudiendo descender su fuerza y su frecuencia por debajo del estado fisiológico; estertores bronquiales; señales de ingurgitacion pulmonal y respiracion frecuente y estertorosa.

»La forma adinámica viene precedida á veces de síntomas inflamatorios, cuya causa investigaremos mas adelante. Diremos solamente que si la fiebre tifoidea ofrece esta forma en algunos sugetos robustos, como hemos visto en un corto número de casos, depende de que son muy pletóricos, y de que la calentura encuentra el organismo modificado de este modo en el momento de desarrollarse. Los sugetos mas fuertes presentan la forma adinámica desde el principio, pero quizá con menos frecuencia que los individuos debilitados por la miseria, por enfermedades anteriores ó por pesadumbres. Su duracion es algunas veces muy larga, como se ve en la forma que Huxham ha descrito con el nombre de fiebre lenta nerviosa.

»B. La *fiebre lenta nerviosa* no es en último resultado otra cosa que una simple variedad de la forma adinámica, aunque algunos autores la refieren sin razon á la forma atáxica. Reproduciremos la esactísima descripcion hecha por Huxham, y el lector juzgará. Al principio escalofrios, temblores ligeros, llamaradas de calor irregulares, sumo cansancio, debilidad, postracion, vértigos seguidos de náuséas, anorexia, apepsia, vómitos. «La cabeza se pone mas pesada; el vértigo y el calor se aumentan; el pulso está mas frecuente y mas debil, y la respiracion se hace fatigosa.» Obsérvase pesadez de cabeza, agitacion é inquietud; el sueño es nulo ó interrumpido con frecuencia; el pulso frecuente, débil y desigual, algunas veces undoso, lento y aun intermitente. «La lengua al principio de la enfermedad rara vez está seca ó pálida; pero se encuentra á menudo cubierta de una capa blanquecina poco gruesa; es cierto que á la larga se pone muy seca, roja, resquebrajada ó de color de corteza de granada; pero esto casi no sucede mas que en el estado ó en la terminacion de la enfermedad. Sin embargo, por secos que parezcan la lengua y los labios, rara vez se siente el enfermo con sed, aunque se queje de tener la lengua quemando.» Algunas veces hasta le repugnan las bebidas.

«Hácia el sétimo ú octavo dia se aumenta considerablemente el vértigo, el dolor ó la pesadez de cabeza.» Obsérvase ruido de oidos y sudor frio en el rostro y en las manos; el delirio casi nunca es violento, y solo consiste en una confusion de pensamientos y de acciones; el enfermo balbucea continuamente entre dientes; algunas veces se despierta trastornado y confuso; pero vuelve en sí casi al momento, tornando despues á balbucear y adormecerse de nuevo.» La sequedad de la lengua, la capa amarillenta de sus bordes, el temblor de este órgano, la dificultad de tragar, el hipo, la diarrea y los sudores abundantes, se manifiestan á medida que progresa la enfermedad. «La naturaleza se debilita insensiblemente; las estremidades se ponen frias, las uñas pálidas ó lívidas, el pulso parece mas bien temblar que latir, y sus vibraciones son tan débiles y tan prontas, que apenas se pueden distinguir, aunque algunas veces son muy lentas, y muchas muy intermitentes. El enfermo se queda enteramente insensible y estúpido, sin que apenas le afecte la luz ni el ruido mas intensos, terminándose el delirio por un sueño profundo, al que muy pronto se sigue la muerte. Las orinas y las cámaras se escretan involuntariamente... Todos los acometidos de esta especie de fiebre se vuelven sordos y estúpidos hácia el fin de la enfermedad» (Huxham, *Essai sur les fièvres*, p. 104 y siguientes, en 12.°; París, 1765). Nada añadiremos á la notable descripcion de Huxham, y solo observaremos que la larga duracion y la agravacion lenta y gradual de los síntomas adinámicos, que constituyen los principales caractéres de la fiebre que estudiamos, no escluyen de modo alguno los síntomas abdominales y torácicos, que el médico inglés coloca con razon en segundo término. Chomel ha observado tambien la larga duracion de la forma adinámica, y ha visto permanecer á los enfermos uno ó dos meses en un estado de postracion y de estupor que parecia deber terminarse á cada instante por la muerte (*loc. cit.*, p. 388).

»*La tercera especie de enfermedad mucosa* que Roederer y Wagler llaman *lenta ligera* y *lenta grave*, ofrece los principales síntomas de la fiebre adinámica lenta, mezclados muchas veces con fenómenos morbosos estraños á la fiebre tifoidea (Roeder y Wagler, *loc. cit.*, página 136).

»Huxham cree que la fiebre lenta ataca principalmente á las personas que tienen el sistema nervioso debilitado, la fibra laxa y empobrecida la sangre, que han sufrido grandes evacuaciones ó se han entregado á un trabajo intelectual largo y á estudios inmoderados (*loc. cit.*, p. 111). Es indudable la accion de esta especie de causas, solo que es preciso añadirles las influencias epidémicas. Efectivamente, despues de haber observado muchas fiebres tifoideas de forma lenta durante un año ó seis meses, no suele volverse á ver caso alguno en mucho tiempo, y lo que decimos de

esta forma se aplica á las demas que presenta la enfermedad.

»C. La *forma fulminante*, *siderante*, que se puede oponer á la precedente, y que como ella no es mas que una variedad de la forma adinámica, es bastante rara. Sin embargo, hemos observado muchos casos en nuestros hospitales de Paris, en las épocas en que se multiplican las fiebres tifoideas y se hacen mas intensas. Los sugetos que presentan esta forma, parecen atacados de una enfermedad muy semejante al tifus. Rara vez se manifiestan algunos prodromos; los enfermos caen rápidamente en un estado de postracion y de estupor tal, que no pueden continuar sus trabajos; se meten en cama, y en el espacio de tres á ocho dias llegan los síntomas adinámicos al mas alto grado, observándose estupor, abolicion de los sentidos y de la inteligencia, sueño, despues coma, enfriamiento de la piel ó estraordinario calor hasta los últimos momentos, manchas, equimosis, dientes y lengua fuliginosos, meteorismo, algo de diarrea, hemorragia nasal y algunas veces intestinal, pulso débil, pequeño, sin resistencia, coma, y luego la muerte. ¿Serán estos formidables accidentes efecto de la accion tóxica y violenta de la causa que produce la fiebre tifoidea, ó dependerán de ciertas condiciones orgánicas é individuales? Es imposible decidir esta cuestion.

»D. *Forma atáxica ó maligna*: *Tiphus versatile* de los alemanes. Llámase *atáxica* la forma que estudiamos, porque sus principales caractéres son la irregularidad, el desorden (ἀταξις) y la movilidad de los síntomas. En esta forma predominan tambien los desórdenes nerviosos, y llaman la atencion del médico. Se desarrollan muy pronto, y entonces termina ordinariamente la enfermedad en la muerte al cabo de poco tiempo; ó bien siguen á los síntomas adinámicos ó se mezclan con ellos, que es lo mas comun, ó con los de la forma abdominal. «De 42 casos de afeccion tifoidea terminados en la muerte, ha visto Chomel en 10 los síntomas atáxicos aislados ó combinados con los de las demas variedades» (p. 367).

»Los sugetos que padecen fiebre atáxica se ven acometidos en medio del estupor y de alguna debilidad, de un delirio muy ligero al principio, pero que luego se hace intenso y viene acompañado de voces y de una agitacion estraordinaria; tratan de levantarse, balbucean palabras ininteligibles, y despues caen en la soñolencia y el coma durante un tiempo variable, en el cual se observan movimientos convulsivos, gesticulaciones, temblor de los labios y de los párpados, estrabismo, constriccion ú oscilacion de la mandíbula, salivacion frecuente, carfologia, saltos de tendones y rigidez muscular del antebrazo y del raquis. La remision de estos fenómenos convulsivos y de las alteraciones de la inteligencia, y aun su cesacion completa por algunas horas ó por un dia, hacen todavia mas singular la forma que describimos. Hay enfermos que recobran la razon y responden con esactitud á las preguntas que se les hacen; de modo que si no se conociese el curso irregular é insidioso de la fiebre atáxica, se podria contar con una mejoria duradera; pero muy pronto vuelven á presentarse los desórdenes nerviosos, y aparecen los demas síntomas que nos falta describir. La fiebre ora es intensa, ora moderada: «mientras está el pulso precipitado y vivo, permanece la piel poco caliente, ó bien en una parte esta fria, mientras que todo el resto del cuerpo tiene un grado de calor elevado. En otros enfermos, en cuya fisonomia se ven señales de una afeccion casi inevitablemente mortal, apenas se encuentra alteracion en la fuerza ni en la frecuencia del pulso» (Chomel, p. 368). Resulta pues que las alteraciones mas notables se refieren á la calorificacion, á la circulacion y á la inervacion. Cuando se pueden observar hora por hora las variaciones que presentan estas funciones, nos sorprende su estraordinaria irregularidad. Sucesivamente se presentan en un mismo dia un calor vivo en la piel, frio, sudores, despues una frecuencia estraordinaria del pulso, que está débil y á veces intermitente, como hemos observado en dos enfermos: en el mismo momento existen delirio, agitacion, movimientos convulsivos, ó soñolencia y coma. Por último, la lengua está seca, pegajosa, encendida ó cubierta de capas, y sin embargo en ocasiones se presenta húmeda y en su estado natural; la sed es nula; el vientre está tenso y meteorizado; las orinas y las cámaras se escretan involuntariamente, y en algunos casos hay estreñimiento. Los estertores sibilantes y sonoros son poco marcados, mezclados ó no con los signos que anuncian la existencia de la ingurgitacion.

»La fiebre atáxica es muy grave, pero no siempre mortal; puede prolongarse hasta los cincuenta ó sesenta dias, y terminar por la curacion. No creemos que deba comprenderse en esta forma la lenta nerviosa de Huxham, como piensa Chomel (p. 375), pues si esta última no siempre tiene un curso crónico, á lo menos sus síntomas corresponden evidentemente á la forma adinámica.

»E. *Forma artrítica.*—No hemos tenido ocasion de observar un solo ejemplo de esta forma, ni la encontramos indicada mas que por Bazin (tés. cit., pág. 25), Littré (art. cit., p. 466) y por Forget, que trae dos ejemplos de ella (*loc. cit.*, pág. 258). Pero cualquiera que sea la verdadera causa de esta forma, los síntomas que en ella predominan consisten en un aumento de sensibilidad de las coyunturas y de las partes inmediatas. «El primer periodo, dice Bazin, lento á veces en su curso, no presenta mas síntomas que una alteracion mas ó menos marcada de las funciones digestivas, una diarrea continua, y perfecta integridad del aparato respiratorio; pero mas adelante se sienten en los miembros dolores vivos, que re-

siden ordinariamente en las articulaciones tibio femorales; son continuos, sin remision y á menudo tan violentos, que hacen gritar á los enfermos. Estos dolores se irradian á veces á las partes inmediatas; pero otras permanecen fijos en las articulaciones ileo-femorales ó en las tibio tarsianas; son muy diferentes de los reumáticos, porque no ofrecen remision, no pasan de una articulacion á otra, y ademas aquellas en que residen no estan hinchadas ni rubicundas, aunque sí muy sensibles á la presion. La diarrea se hace mas abundante, el vientre se meteoriza; esplorado el pecho, presenta síntomas manifiestos de una hiperemia sintomática; la respiracion es penosa, difícil; el pulso frecuente, sin vibracion; la lengua blanquecina y blanda, y ordinariamente se presenta en el vientre una erupcion de sudamina. Nunca hemos observado en esta forma petequias. Aunque no estan alteradas las facultades intelectuales, algunas veces hay subdelirio por la noche. Cuando esta enfermedad ha de terminar por resolucion, ya sobrevengan ó no abscesos metastáticos en la piel, cesa la diarrea, desaparecen los dolores de los miembros, y se desinfarta el pulmon; pero cuando ha de tener el mal un éxito funesto, se aumenta la diarrea, la respiracion se hace cada vez mas difícil, sobreviene ordinariamente delirio, el enfermo se demacra estraordinariamente, y sucumbe á los cuarenta ó cincuenta dias de padecimientos. La inspeccion cadavérica nos ha dado en este caso los mismos resultados que en la afeccion tifoidea pulmonal, y en vano hemos examinado las articulaciones donde residian los dolores durante la vida, pues nunca hemos encontrado en ellas la menor lesion» (tésis cit., pág. 25). Quizás podriamos referir á esta forma, á la que convendria mejor el nombre de *artralgia* ó el de *miodinia tifoidea*, las de que hablan Lombard, Faconneau y otros autores, y que entre otros síntomas nerviosos presentaron dolores musculares.

»*Segunda forma*, *ó fiebre tifoidea con predominio de las alteraciones de las funciones digestivas*; *tifus abdominal*, *forma abdominal ó comun* de muchos autores. — Comprende las formas que han recibido los nombres de *mucosa* y de *biliosa*.

»Recordemos ante todo, que cuando predominan los síntomas abdominales, presentan los caractéres siguientes: durante un septenario y aun mas padece el enfermo diarrea con dolores ó sin ellos; tiene anorexia, sed, escalofrios erráticos, borborigmos y cefalalgia. Continúa, sin embargo, entregándose á sus ocupaciones; pero se van aumentando todos los síntomas que constituyen los prodromos: la boca se pone amarga y pastosa, el apetito se pierde del todo, y muchas veces hay náuseas y vómitos. El uso de los vomitivos y purgantes en tales circunstancias alivia muchas veces por un instante, y suelen pasar doce ó quince dias y aun mas antes que los enfermos se decidan á consultar á un médico ó á entrar en el hospital. La diarrea persiste ó la reemplaza el estreñimiento, y muy pronto completan este cuadro de síntomas el meteorismo, el gorgoteo, el aumento de la sensibilidad abdominal y la erupcion tifoidea. El estupor y la adinamia se marcan muy poco, y solo se gradúan mas tarde si se verifica la terminacion fatal; lo que es una prueba mas en favor de la opinion de que la lesion intestinal no es el orígen de los síntomas generales ni de las alteraciones de la inervacion en particular. En esta forma es en la que quizá se ha observado mas á menudo la perforacion de los intestinos. La fiebre es moderada; el pulso ofrece de 96 á 100 pulsaciones por minuto, y se acelera por las tardes, notándose ordinariamente una exacerbacion cuotidiana. La forma abdominal es mas leve que todas las demas, y se observa con frecuencia en ciertas epidemias, como sucedió en la de Gotinga, descrita por Roederer y Wagler. La convalecencia de esta forma es á veces penosa y acompañada de alteraciones en las funciones digestivas, de vómitos, diarrea y meteorismo.

»A. *Forma mucosa ó catarral, tifus gástrico*.—Los signos de esta variedad son la reunion de los síntomas del estado gástrico con los de la fiebre nerviosa (Hufeland, *Man. de méd. prat.*, p. 89, en 8.°; París, 1838). La causa de esta forma ha dado lugar á discusiones, que estan muy lejos de haberse terminado, y de las cuales nos ocuparemos despues que hayamos presentado el cuadro de los síntomas.

»Chomel, que ha puesto mas empeño que nadie en describirlos, dice «que son á veces bastante notables para merecer una atencion particular; que otras, y es lo mas comun, estan poco marcados ó combinados con algunos de los que pertenecen á las demas variedades.» En los casos en que la forma mucosa está mejor caracterizada, se manifiesta un estado de debilidad general; la cara está pálida ó aun abotagada, las carnes blandas; el estado del enfermo indica una dejadez y una lentitud marcadas; la boca está pastosa; el aliento, la saliva, la traspiracion y la orina tienen un olor ácido, y las cámaras son generalmente mucosas ó viscosas. Cuando la fiebre mucosa ha durado algunos dias, se marcan ordinariamente los síntomas mucosos, ó se remplazan por fenómenos atáxicos ó adinámicos, y la enfermedad adquiere la fisonomía que ofrece en los casos mas comunes (*loc. cit.*, p. 360).

»En resumen, los signos algo marcados son: el olor ácido del aliento, las cámaras mucosas, algo de abotagamiento de la cara; el gusto soso, ácido ó pastoso que muchas veces sienten los enfermos; la lengua blanquecina, la sed mediana ó nula y la anorexia completa. Parécenos que con síntomas tan inciertos es imposible fundar ni aun una simple variedad sintomatológica, y asi se esplica bien por qué no se entienden los autores acerca de la forma mucosa. Chomel no habla de los signos torácicos, tales

como la tos, los esputos mucosos, los estertores sonoros ó húmedos, la respiracion frecuente, la disnea; mientras que otros suponen que estos signos de congestion catarral de la mucosa pulmonal forman con los fenómenos gástricos los mejores caractéres de la forma mucosa.

»Esta forma se manifiesta algunas veces al principio de la enfermedad; pero no tardan en acompañarla los síntomas adinámicos ó atáxicos. Obsérvase con mas frecuencia en los sitios habitualmente húmedos que favorecen la secrecion abundante de mucosidades. Es comun en la Alsacia (Forget, pág. 256). Roederer y Wagler han indicado muchas veces sus síntomas en la descripcion que hicieron de la epidemia de Gotinga. En muchos enfermos observaron evacuaciones alvinas, formadas de una gran cantidad de moco, de *tricuridos* y de *lombrices*. Este desarrollo de lombrices se ha encontrado frecuentemente en otros paises en los sugetos atacados de fiebre mucosa. Los niños le presentan mas á menudo que los de otras edades. Vése, pues, que los sitios y las epidemias tienen mucha influencia en el desarrollo de la forma mucosa de la fiebre tifoidea, y ya diremos mas adelante que el tratamiento exige alguna modificacion, cuando semejante forma está muy manifiesta (V. TRATAMIENTO).

»B. *Forma biliosa*, *fiebre biliosa*, *gástrica*, *meningo-gástrica*, *de los autores*.—Empecemos por decir que esta forma es rara, y que entre mas de doscientos enfermos no la hemos observado una sola vez. En dos ocasiones hemos creido ver la forma biliosa; pero una observacion mas atenta, y la lectura de los hechos que aun tenemos á la vista, nos impiden considerarla como tal, obligándonos á referirla á la fiebre biliosa (V. DIAGNÓSTICO). Chomel dice que desde hace cinco años es muy corto el número de casos que ha visto en Paris.

»Los caractéres de la forma biliosa son vagos, inciertos y algo arbitrarios. Segun Chomel, «empieza como las demas variedades de la fiebre tifoidea, con una cefalalgia intensa, un estado febril mas ó menos desarrollado y una sensacion de quebrantamiento general de miembros, y especialmente de los lomos. Sus síntomas propios son el color amarillo de la piel, mas marcado al rededor de los labios y alas de la nariz; la frecuencia de las náuseas y aun de vómitos, que contienen bilis, asi como las cámaras; el amargor y la sequedad de la boca, y la presencia de una capa amarilla ó verdosa y pegajosa en la lengua. El calor de la piel es acre y seco; el enfermo pide con instancias bebidas acídulas y frias, y aunque conserve ordinariamente el libre uso de su inteligencia, se queja sin embargo de zumbido de oidos y de alteraciones del gusto, del olfato y aun del tacto: el insomnio es casi continuo. La duracion de esta variedad es muy corta: es raro que los fenómenos biliosos, que por lo comun desaparecen del sétimo al décimoquinto dia, persistan durante todo el curso del mal, y no sean reemplazados por otros de diferente carácter. En estos casos en que la enfermedad presenta sucesivamente distintas formas, siempre aparecen los primeros los síntomas biliosos» (*loc. cit.*, p. 331).

»Segun esta descripcion, la presencia de la materia colorante amarilla de la bilis en ciertos tejidos y en algunos humores, el amargor de la boca, los vómitos, en una palabra, los signos del estado bilioso, ó mas bien la fiebre biliosa, constituyen los caractéres propios de la forma de que hablamos. Danton ha querido probar que no existe semejante forma, y que lo que los autores han descrito con el nombre de forma biliosa, no es otra cosa que una complicacion debida á la existencia de un aparato gástrico bilioso (*Des simptômes de l'affection typhoïde à forme bilieuse*, disert. inaug., número 267, en 4.º; Paris, 1842). Estamos muy dispuestos á admitir esta opinion, y á no ver en la manifestacion insólita, accidental y muy rara, de la ictericia y de los demas síntomas biliosos, sino los signos de una irritacion secretoria del hígado, ó de uno de esos estados morbosos mal definidos que se han llamado *biliosos* y *gástricos* (V. FIEBRE BILIOSA). Milita ademas en favor de esta opinion la circunstancia de que la forma biliosa se manifiesta principalmente en ciertas localidades, en el estio y otoño, es decir, durante los tiempos húmedos y calientes, bajo la influencia de constituciones epidémicas semejantes á las que han descrito Fincke, Tissot, etc.; en una palabra, en todas las épocas en que se observa la fiebre biliosa, en la que sin duda comprendian los antiguos muchos casos de calentura tifoidea.

»*Tercera forma*, ó *fiebre tifoidea con predominio de alteraciones de las funciones respiratorias*; *forma pectoral*; *tifus pectoral*; *afeccion tifoidea pulmonal*, Bazin.—Hemos dicho al describir los síntomas, que considerabamos la determinacion morbosa que se verifica en los bronquios y en el tejido pulmonal, como un fenómeno casi tan constante como la lesion intestinal. Los ruidos sonoros, sibilantes y mucosos, que son los signos de la congestion bronquial y pulmonal, se perciben siempre en grados diferentes á poco que se busquen con atencion. Pero ademas pueden manifestarse muy pronto ó predominar sobre todos los demas fenómenos durante el curso de la enfermedad, resultando entonces el conjunto de síntomas que vamos á describir.

»Despues de haber sentido el enfermo fiebre y escalofrios, laxitud y cefalalgia, empieza á toser; algunas veces se queja de dolores en el pecho hacia el esternon, en la espalda ó en los hipocondrios; la respiracion está un poco acelerada; si se le ausculta, se oyen estertores agudos ó graves, mas rara vez húmedos, diseminados en todo el árbol aéreo. En algunos casos no se percibe bien el estertor sibilante, y sin

embargo la respiracion es frecuente y hay tos. Estos síntomas bronquiales pueden durar de ocho á doce dias y aun mas, sin que se manifiesten mucho los demas signos de la fiebre tifoidea. Hemos observado cinco casos de este género, y vemos por nuestras notas que, si formamos un diagnóstico esacto desde el principio, fue por la costumbre que tenemos de dar mucha importancia semeiótica á los estertores y á los demas síntomas torácicos en la fiebre tifoidea. Fácilmente se hubiera podido creer que existia una bronquitis aguda y general. Por lo demas al mismo tiempo que se manifiestan estos signos, se nota una reaccion febril muy intensa; la piel está caliente, seca, mordicante, el rostro encendido, el pulso fuerte y bastante lleno, aumentándose la fiebre por las tardes y las noches.

»Si la congestion de la membrana mucosa bronquial no es muy intensa, los síntomas disminuyen; el enfermo respira con mas facilidad y sin dolor; los estertores se hacen mas húmedos, la espectoracion se aumenta y los esputos son incoloros, trasparentes, algunas veces viscosos ú opacos y amarillentos, como los de la bronquitis que empieza á resolverse. Por el contrario, cuando se congestiona tambien el parenquima pulmonal, se aumenta la dificultad de respirar, y puede sospecharse la existencia de la lesion pulmonal con solo acercarse al enfermo, que respira cuarenta ó cincuenta veces por minuto; las alas de la nariz se dilatan con fuerza en cada inspiracion, y el sugeto tiene que estar medio echado ó conservar la cabeza levantada con almohadas. Por la auscultacion se percibe el soplo tubario ó ruidos ásperos de inspiracion y espiracion, si queda aun alguna capa de tejido pulmonal permeable al aire entre el oido del observador y el punto en que reside la congestion. En estos casos es cuando se observa la mezcla de los estertores sonoros y mucosos de que antes hemos hablado (V. Sintomatologia), y que ocupan la base de uno ó de ambos pulmones, donde los remplaza muy luego el soplo tubario. Es mas grande la vibracion bocal, y el sonido está disminuido en los mismos puntos, pero no en tanto grado ni de un modo tan claro, como cuando existe una verdadera pulmonia (V. Complicaciones).

»Cuando la enfermedad ha llegado á este punto, se nota el color violado de la cara, el enfriamiento de las estremidades, alternativas de calor y frio en la superficie cutánea, y un sudor frio y viscoso; el pulso conserva mas fuerza y se deprime menos que en la forma adinámica.

»No hemos hablado todavia de los demas síntomas, porque sobresalen menos que los fenómenos torácicos; sin embargo se manifiestan aunque ligeramente. El estupor, el zumbido de oidos y los vértigos son moderados; la inteligencia se conserva hasta el fin ó solamente se debilita algun tanto; el vientre está poco dolorido á la presion, algo meteorizado, y solo se oye el gorgoteo intestinal; las cámaras no son frecuentes hasta mas adelante, y aun en algunos sugetos hay estreñimiento.

»Despues de resistir el enfermo durante dos ó tres septenarios, sucumbe con todas las señales de la muerte por alteracion de la hematosis. Por la autopsia se ven los diferentes grados de congestion bronquial y pulmonal de que hemos hablado.

»Hemos encontrado con mas frecuencia la forma torácica en ciertas séries de enfermos, y con particularidad en el invierno de 1842; por lo que creemos que la constitucion epidémica influye en la produccion de esta forma como en la de otras. Habiamos creido por un momento que el frio y todas las causas capaces de favorecer el desarrollo de la bronquitis concurrian tambien á hacer mas frecuente y mas marcada la forma pectoral; pero la hemos observado igualmente y de un modo no menos constante durante los estios de 1844 y los dos años siguientes, de manera que casi hemos debido renunciar á esta opinion. Esta forma es menos grave que la atáxica y la adinámica, á menos que se complique con estos estados, lo cual no es raro. Los síntomas bronco-pulmonales se manifiestan hácia el medio ó á la terminacion de las formas adinámica y atáxica. La congestion que se verifica en este caso, y que depende del incremento de la debilidad, aumenta mucho la gravedad de la afeccion, que entonces es casi siempre mortal.

»*Cuarta forma, ó fiebre tifoidea caracterizada por ciertas alteraciones de la circulacion.*—Hemos hecho esta division, para comprender en ella las fiebres tifoideas: 1.° *de forma inflamatoria;* 2.° *de forma remitente*, que exigen una medicacion especial, seguida á menudo de buen éxito.

»A *forma inflamatoria ó mas bien pletórica.*—Alguno se admirará quizá de que coloquemos las fiebres tifoideas de forma inflamatoria entre las calenturas marcadas por alteraciones de la circulacion; pero lo hacemos porque en efecto solo consideramos esta forma como una simple *escitacion vascular*, causada ó mas bien exagerada en un sugeto atacado de fiebre tifoidea por la plétora y la mucha riqueza de su sangre. Si el movimiento febril se distingue por la plenitud y la fuerza del pulso, por la rubicundez, el calor y el mador de la piel; si el rostro está rojo é inyectado; si las arterias laten con fuerza; si los labios estan animados, secos, y la lengua roja; si la sed es viva, las orinas rojas y escasas, la traspiracion abundante y la cefalalgia grande; si en este caso alivian las epistaxis copiosas ó repetidas; estos síntomas dependen únicamente de la plétora, cuyo principal caracter es hacer mas marcado el estado febril, habiéndose dado por esta razon al conjunto de fenómenos observados el nombre de *forma inflamatoria*. Andral y Gavarret han demostrado que este estado depende de estar aumentado el número de glóbulos, es decir, el elemento

escitante de la vida; otros continuan atribuyéndole á un aumento de la cantidad de sangre; pero nada importa para nuestro objeto la esplicacion de la plétora. Lo que debemos asentar es, que el solo hecho de su existencia en un sugeto da á las enfermedades *febriles* que llegan á declararse una *forma inflamatoria* muy pronunciada. La fiebre tifoidea se encuentra precisamente en este caso. No es pues la plétora en realidad mas que una complicacion; es un estado particular de los liquidos, que existia antes del principio de la fiebre y que da su fisonomia al mal. Todo lo que se ha escrito acerca de esta forma milita en favor de la opinion que en este momento procuramos inculcar.

«La enfermedad toma especialmente la forma inflamatoria en los sugetos dotados de temperamento sanguíneo, de edad de veinte á treinta años, y predispuestos á las hemorragias nasales é intestinales... Se observa mas á menudo en invierno que en verano» (Chomel, página 341). Es imposible desconocer en estos rasgos las diferentes condiciones en que se desarrolla la plétora. Añádase que la forma inflamatoria solo se manifiesta al principio de la fiebre tifoidea, sustituyéndola los síntomas adinámicos y atáxicos hácia el sétimo ú octavo dia (Chomel, p. 342). Estas particularidades se esplican muy bien en la actualidad, porque conocemos las causas de la plétora y las que la hacen cesar. Un hombre jóven, robusto, sanguíneo, acometido de fiebre tifoidea, conserva durante los primeros dias todos los síntomas de la calentura ingerta, por decirlo asi, en la plétora; en una palabra los síntomas tienen una forma esténica inflamatoria; pero muy pronto las epistaxis, la diarrea, la abstinencia, el uso de las bebidas acuosas, y muchas veces los purgantes y la sangria, disminuyen y disipan la plétora, ya rebajando el número de los glóbulos, ya de otro modo, y entonces desaparece la forma inflamatoria con la causa que le habia dado origen. Bajo este punto de vista es como conviene considerar la forma llamada inflamatoria de la fiebre tifoidea. Si se le ha de dar su verdadera significacion, es preciso mirarla como un elemento morboso anterior al desarrollo de la calentura.

»En cuanto á los demas síntomas, no se diferencian de los que se observan en las otras variedades patológicas. La disposicion á las hemorragias, el estado de secura de la lengua, la diarrea involuntaria y las erupciones tifoideas, se manifiestan en las épocas acostumbradas. Chomel ha observado que los fenómenos de reaccion general, como la plenitud del pulso, el mador de la piel, etc., desaparecen las mas veces enteramente al cabo de pocos dias (p. 342). De 42 enfermos solo ha visto 13, que presentasen desde un principio la forma inflamatoria, aunque este número no representa esactamente la proporcion de los casos en que se manifiesta semejante modificacion morbosa: nosotros la hemos visto pocas veces. Escusado es decir, que no debe creerse que caracterizan la forma inflamatoria los síntomas febriles, la frecuencia del pulso, el calor de la piel y aun la rubicundez del rostro; pues que no son estos los signos de la plétora, y los autores que se han dejado alucinar por ellos han cometido un error.

»B. *Forma remitente.*—Dice Sarcona, hablando de la fiebre glutinosa que observó en Nápoles y que se ha referido á nuestra fiebre tifoidea, que casi todos los enfermos tenian remisiones en el movimiento febril. «Es de notar, dice, que en todos estos febricitantes tuvo la fiebre una forma periódica en las primeras semanas, es decir, accesos y remisiones manifiestas: á medida que se acercaba la segunda semana, era menos perceptible la periodicidad, se oscurecian los accesos, y las remisiones eran cortas, inciertas é imperfectas. Estos desórdenes iban creciendo en tales términos, que en la segunda semana perdia la fiebre ordinariamente toda apariencia de remision, se hacia puramente continente, y no se observaban ya exacerbaciones sensibles sino de *tertio in tertium*» (*Histoire raisonnée des maladies observées à Naples, pendant le cours entier de l'année* 1764, t. II, p. 75, trad. por Bellay, en 8.º; Paris, 1805). «En otros casos solia ser tan larga, tan clara y tan distinta la remision de la calentura, que se parecia, por decirlo asi, á la intermision, esto es á la apirexia» (p. 76). Por último, Sarcona dice que unas veces empezaba la fiebre por un poco de frio ó por llamaradas de calor hácia el rostro, y otras por la exasperacion de algunos síntomas.

»Bien merecia reproducirse la descripcion hecha por Sarcona, porque manifiesta esactamente lo que sucede en muchas fiebres tifoideas. Debemos sin embargo observar, que por lo comun la fiebre es puramente exacerbante, es decir, que hácia la tarde ó en otras épocas del dia ó de la noche y sin regularidad ninguna, se aumenta la calentura, empezando el recargo por calor, incomodidad ó exacerbacion de algunos síntomas, como la cefalalgia ó la sed, ó por la aparicion de un nuevo fenómeno, tal como el delirio, la agitacion ó el vómito. Hemos hecho á menudo esta observacion visitando á los enfermos por las tardes y noches, para apreciar el estado del pulso y de la temperatura.

»Andral, que ha fijado su atencion en este punto, dice haber visto en algunos enfermos declararse el escalofrio por la tarde todos los dias ó cada dos, seguido de calor y de sudor, manifestándose luego la fiebre en el estado continuo (*Clinique médicale*, p. 594). Estos hechos confirman punto por punto lo que ya habia observado Sarcona en el último siglo.

»Andral ha visto en algunos enfermos accesos muy semejantes á los de una fiebre perniciosa: en un caso se salvó el paciente con el sulfato de quina, en otro sucumbió. En un en-

fermo de nuestra clínica hemos observado accesos de fiebre pseudo-continua de forma cefálica; es decir, que todo el movimiento febril continuo se interrumpia diariamente á horas distintas un dia de otro, por un calor intenso, seguido de irritacion cerebral próxima al delirio, de sequedad de la boca, etc. Los dos enfermos atacados de esta fiebre de forma perniciosa pseudo-continua sucumbieron, y en la autopsia se encontró la lesion característica de la fiebre tifoidea. Nada habia en los antecedentes de los enfermos, que pudiese esplicar esta terrible forma pirética.

»Recomendamos á todos los prácticos que observen atentamente la forma remitente de que acabamos de hablar. Cuando no se puede averiguar con esactitud por la relacion de las personas que rodean á los enfermos, si hay un acceso de fiebre remitente ó pseudo-continua, es indispensable visitarlos muchas veces de dia y de noche, teniendo muy presente que el solo incremento de los síntomas bajo los tipos cuotidiano, terciano, terciano doble, etc., basta para admitir la existencia del crecimiento febril; crecimiento que interesa mucho comprobar, porque de él se deriva una indicacion terapéutica esencial. Efectivamente, si en tales casos el uso del sulfato de quinina no tiene un éxito completo, puede disminuir al menos la violencia ó duracion de los síntomas, y aun contener ó hacer cesar rápidamente el curso de la fiebre tifoidea.

»Háse hablado de formas, caracterizadas por alteraciones graves de los movimientos del corazon, por *palpitaciones*, *síncopes y lipotimias*; casos que por ser raros nos contentamos con mencionarlos.

»*Forma insidiosa*, *oscura*, *latente*.—Se han reunido bajo el nombre de *fiebre latente* aquellos casos de fiebre tifoidea cuyo diagnóstico es difícil y dudoso, de los cuales ha referido Louis muchos ejemplos (t. II, p. 218); pero la historia de tales casos pertenece mas bien al diagnóstico, que á la descripcion de las formas de la enfermedad. La afeccion tifoidea latente se presenta al principio con las apariencias de otra enfermedad, frecuentemente leve y poco marcada: ora se manifiestan signos de un infarto gástrico ó de una diarrea poco intensa, que persisten durante uno ó dos septenarios; ora una debilidad general, algo de tos, anorexia ó diarrea. Algunas veces, dice Chomel, un estado febril muy poco intenso, con pérdida del apetito, es quizá el único síntoma que puede llamarnos la atencion. Si al principio ha habido cefalalgia, desaparece muy luego; la diarrea y el dolor abdominal, cuando existen, son poco marcados; la debilidad es mediana, y nada anuncia una enfermedad grave. Solo puede formarse el diagnóstico por el método de esclusion, á menos que no sobrevenga algun síntoma característico de la enfermedad, como las manchas sonrosadas, el estupor, una hemorragia nasal ó intestinal, ó una perforacion intestinal seguida de una peritonitis sobreaguda (*loc. cit.*, p. 408). Forget ha descrito otra variedad no menos importante de fiebre tifoidea insidiosa, que empieza por los signos de una saburra gástrica. «La boca está pastosa, la lengua blanca y saburrosa; la sed es nula, y el abdomen se halla insensible: el enfermo siente algunos escalofrios vagos ó pasageros, una cefalalgia ligera, y apenas tiene el pulso acelerado; continúa entregado á sus ocupaciones, aunque se siente débil; tiene digestiones penosas y cámaras irregulares; está desazonado, siente ruido de tripas, se le alteran las facciones, y enflaquece insensiblemente. Despues le sobrevienen vértigos y alucinaciones de la vista; su andar es incierto, se encuentra como en un estado de embriaguez, y en ocasiones se presentan epistaxis, ó bien, aunque rara vez, cámaras sanguinolentas, accidentes que son ya significativos. Al cabo de cierto tiempo, de veinte ó treinta dias, por ejemplo, las fuerzas se quebrantan; el pulso se acelera; se calienta la piel, y el enfermo se ve obligado á meterse en cama; la diarrea se hace permanente; la consuncion progresa, y se verifica la muerte por una especie de aniquilamiento (ob. cit., p. 262). Hemos visto muchos casos de este género. Tambien hemos observado otros en que no se manifestaban mas síntomas, que una debilidad general moderada, tristeza, ineptitud para los trabajos mentales, y un movimiento febril continuo con recargos por la tarde. La única circunstancia que podia conducirnos al diagnóstico, era la falta de toda afeccion local. Otras veces, despues de haber tenido el enfermo síntomas abdominales ligeros, pero persistentes, se debilitaba y sucumbia con una diarrea interminable. Hemos observado últimamente un sugeto, que presentó durante cinco dias los signos de un aparato gástrico, que sin embargo nos parecia sospechoso: de repente le acometió un delirio violento con vociferaciones, totalmente parecido al de la meningitis aguda ó al delirio maniático, y al cabo de dos dias de este estado falleció sin haber presentado los síntomas abdominales ó pectorales propios de la fiebre tifoidea. En la autopsia se vió la lesion intestinal característica; el cerebro y sus cubiertas estaban sanos. Podriamos describir todavia otras modificaciones igualmente insidiosas y oscuras de la fiebre tifoidea; pero las principales son las que ya hemos indicado.

»El detenido estudio de las diferentes formas de la fiebre tifoidea nos inclina á considerar las formas generalmente admitidas como simples *modificaciones patológicas* caracterizadas por grupos de síntomas. Las formas adinámica, atáxica, lenta nerviosa, fulminante y neurálgica, tienen por síntomas manifiestos las alteraciones nerviosas. Las formas abdominal, simple ó gástrica, pectoral y remitente, no son tampoco otra cosa que predominios sintomatológicos. Por lo que hace á las formas inflama-

toria y biliosa solo nos parecen complicaciones, y si las hemos colocado entre las formas de la fiebre tifoidea, ha sido únicamente por conformarnos con la costumbre: su verdadero sitio es entre las complicaciones.

»*Fiebre tifoidea de los niños.*—La fiebre tifoidea puede presentarse en los niños y en sugetos de edad avanzada. Cítanse observaciones de fiebre tifoidea desarrollada en criaturas de siete meses, de dos años, y en personas que ya tenian setenta y ocho. Tratemos de averiguar si la edad produce diferencias esenciales en las alteraciones, en los síntomas y en el curso de la enfermedad.

»Rilliet y Barthez, á quienes se debe un trabajo muy notable acerca de la fiebre tifoidea de los niños, han encontrado las alteraciones características de esta enfermedad. La forma que han hallado mas comunmente ha sido la conocida con el nombre de chapa blanda (hipertrofia con reblandecimiento). Han visto igualmente, que las ulceraciones de las chapas ó glándulas son menos comunes que en el adulto, que tardan mas en formarse, y que no existen todavia en sugetos fallecidos á los quince, diez y nueve y veintiun dias de enfermedad (Rilliet, *De la fièvre typhoïde chez les enfants*, disert. inaug. 3 de enero, en 4.°; Paris 1840; Rilliet y Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 350 y siguientes, en 8.°; Paris, 1843). La alteracion del tejido submucoso de las glándulas es poco frecuente, al paso que en el adulto es muy comun. Las ulceraciones son poco numerosas, escediendo rara vez de doce ó quince, y tienen su sitio esclusivo en las glándulas de Peyero; en los niños de muy tierna edad son pequeñas y escasísimas y su cicatrizacion es rápida; de modo que se ha verificado ya á los treinta dias, aunque algunas veces se retarda hasta el treinta y dos ó el cincuenta (p. 359).

»Es preciso no exagerar el valor de las particularidades anatómicas de que acabamos de hablar; pues si bien merecen la atencion del patólogo, al cabo resulta que se pueden encontrar todas las alteraciones propias de la fiebre tifoidea del adulto, tales como la hipertrofia del tejido glandular y ulceraciones numerosas en las glándulas de Peyero ó en los folículos aislados. Puédese sin embargo sostener que la chapa dura es rara, mientras que la ulceracion de los folículos acumulados ó aislados es comun, aunque mas tardia que en el adulto. Cuando se encuentran *chapas* ó glándulas duras (lo que segun Rilliet sucede 2 veces de cada 16, y segun Taupin 5 de cada 20), son menos numerosas. Resulta de aqui tambien, que la alteracion intestinal es menos característica en los niños que en los adultos. Efectivamente, no siempre se encuentra la prueba anatómica de que ha existido la fiebre tifoidea por la rapidez con que se curan las úlceras intestinales. Por otra parte pueden provenir las úlceras de la fusion de tubérculos, como ha sucedido en muchas observaciones que se han incluido entre las fiebres tifoideas. Añádase á esto que Rufz ha observado la hipertrofia de las chapas en tres de ocho sugetos muertos de escarlatina, y en uno de ellos habia en la última glándula, cerca del ciego, una ulceracion con fondo amarillento y de la estension de una línea. Se han visto estas mismas glándulas hipertrofiadas, prominentes y rojas, en cinco niños muertos con dolores violentos y en otro atacado de diarrea (Rufz, *Quelques mots sur l'influence de l'âge dans la fièvre typhoïde; Arch. gén. de méd.*, t. IX, p. 45, 3.ª y nueva série; 1840). Rilliet y Barthez reconocen tambien, que las lesiones de las glándulas de Peyero se parecen mucho á la que se encuentra en ciertas formas de enteritis (ob. cit., t. I, p. 479). Estos mismos autores han publicado observaciones de fiebre tifoidea sin alteracion apreciable de las glándulas de Peyero (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*; abril y mayo, 1841).

»Los gánglios mesentéricos estan alterados del mismo modo que en los adultos; pero esta alteracion tiene mayor importancia en los niños, porque en ellos la fiebre tifoidea se confunde fácilmente con otras enfermedades. Constant ha encontrado al tercer dia los gánglios mesentéricos duros y violados (*Gazette médicale*, pág. 101; 1836). Segun Taupin, que ha publicado una escelente descripcion de la fiebre tifoidea, basada en 121 casos recogidos en tres semestres, está el bazo hipertrofiado y reblandecido: en dos casos tenia focos apopléticos (*Recherches cliniques sur la fièvre typhoïde observée dans l'enfance*, en *Journ. des connais. médico-chirurg.*, nov. y dic., 1839, enero, 1840). Pero Rilliet y Barthez no han visto con tanta frecuencia la lesion del bazo.

»Las alteraciones que se presentan en las demas vísceras son idénticas á las que se encuentran en el adulto: igual ingurgitacion pulmonal, la misma falta de alteraciones constantes en el cerebro, en las meninges y en la membrana mucosa de los intestinos gruesos y del estómago. «Los hechos publicados por Rilliet y Taupin, manifiestan, dice Louis, que el caracter anatómico de la fiebre tifoidea es el mismo en los niños que en los adultos, consistiendo en una alteracion mas ó menos profunda de las glándulas de Peyero (ob. cit., tomo I, p. 116).

»*Síntomas.*—La cefalalgia existe desde el principio y falta muy rara vez: el niño la espresa llevándose la mano á la cabeza, con gritos, quejidos ó frunciendo las cejas. El sopor es muy manifiesto; pero el delirio casi nunca aparece desde el principio, pues ordinariamente no se declara hasta el sétimo ó décimotercero dia. Unas veces estan los niños inmóviles y como soñando; otras ejecutan movimientos violentos; se levantan, corren, juegan ó se acuestan con sus compañeros que duermen; otras tienen un subdelirio tranquilo; estan

echados de espaldas, sin movimiento, y hablan continuamente en voz baja» (Taupin, mem. cit., p. 186). «La cefalalgia, el delirio y la soñolencia, son los síntomas nerviosos mas frecuentes, presentándose mas rara vez las alteraciones de las funciones del sistema muscular» (Rilliet y Barthez, p. 370). Estos observadores apenas han visto saltos de tendones (en 7 casos de 107). Enrique Roger, que ha publicado un resúmen muy bien hecho de la fiebre tifoidea de los niños, considera como raros en la primera edad el rechinamiento de los dientes, los movimientos coreicos y la contractura. (*De la fièvre tiphoide des enfants*; *Arch. gén. de méd.*, p. 302, julio 1840). El estupor, el atontamiento y la debilidad, se presentan en un grado muy notable.

»Los vómitos y el estreñimiento son mas frecuentes en los niños; mientras que el ruido de tripas y la retencion de orina son mas raros y el dolor abdominal no tan grande. La hemorragia de los intestinos es un hecho escepcional, del cual no ha visto ningun caso Rilliet, y Taupin uno solamente (p. 187). El bazo está muy á menudo hipertrofiado, segun el autor citado últimamente, que ha podido apreciar la tumefaccion de este órgano en 109 casos de 120 enfermos: en diez de estos era mediana la hinchazon. La epistaxis no es tan frecuente como pudiera creerse. Se ha tratado de averiguar con cuidado, dice Roger, si existe ó falta la epistaxis en la dotinenteria de los niños. En nuestra estadística reunida solo están los casos favorables á su existencia en la proporcion de uno á once, mientras que la de Louis da próximamente la de dos tercios del total (mem. cit., p. 301). Rilliet y Barthez dicen haberla visto en la quinta parte de los casos (p. 373).

»Nada de particular hay que notar acerca de los síntomas torácicos, de la temperatura cutánea, de la fiebre, que es constante, ni de las alteraciones de los sentidos. Presentan los niños las mismas variaciones que los adultos en la abertura pupilar, que rara vez está dilatada ó contraida. Las manchas sonrosadas son menos numerosas que en el adulto, encontrándose de una á seis y casi nunca mas de veinte; son menos frecuentes, duran cuatro ú ocho dias, y apenas pasan de este término; por último, se las encuentra en otras afecciones, como, por ejemplo, en la gastritis y en la enteritis.

»El curso de esta afeccion nada tiene de especial. Rilliet y Barthez, que admiten tres formas de fiebre tifoidea, dicen que dura de 12 á 25 dias por término medio en la forma ligera, de 25 á 35 en la grave, y de 35 á 50 en la muy grave. De 111 enfermos 47 pertenecian á la primera forma, 41 á la segunda y 23 á la tercera (ob. cit., p. 377). La duracion de la convalecencia es en general proporcionada á la intension de la enfermedad.

»La otorrea, los diviesos, los abscesos flemonosos y la alopecia, se han observado hácia el fin de la enfermedad y consideradose como accidentes críticos. Las *formas* de la fiebre tifoidea son las mismas en todas las épocas de la vida, no obstante la atáxica es quizá mas comun en los niños.

»Las complicaciones mas frecuentes en los niños son: 1.° la *neumonía*, que Rilliet y Barthez han observado 22 veces, con especialidad en las formas mas graves (p. 392); 2.° la *gastro-enteritis y el reblandecimiento de la membrana mucosa*; la cual de 27 enfermos estaba alterada en 17, proporcion muy diferente de la que presenta la fiebre tifoidea de los adultos, que muy rara vez se complica con enteritis; 3.° la *otitis*, que Taupin ha visto diez veces en 107 enfermos; 4.° las escaras del sacro no se han observado mas que seis veces en los 107 enfermos de Rilliet y Barthez; por manera que son muy raras. Lo mismo sucede con la gangrena de la boca (obs. por Legendre en ob. cit. de Rilliet y Barthez, p. 394) y la de la faringe (Boudet, *Bullétin de la société anatomique*, p. 398; 1840), con la del pulmon (Taupin, mem. cit., p. 246), con las parótidas y con las hemorragias. La pleuresia, la laringitis, la nefritis y las fiebres eruptivas solo pueden indicarse como complicaciones muy accidentales. Rilliet y Barthez han visto nueve veces la anasarca, y como sobrevino principalmente en la convalecencia, creen poderla atribuir al estado anémico (p. 397). Pero desde luego se conoce cuán gratuita es semejante suposicion; pues la anemia por sí sola no puede ocasionar el derrame seroso. Asi es que falta indicar mas convenientemente el verdadero origen de la hidropesia. Dice Taupin que en cuatro casos ha visto suceder la tisis á la fiebre tifoidea; terminacion que nosotros hemos observado tambien en el adulto.

»En resumen, la fiebre tifoidea de los niños no se diferencia de la que ataca á los adultos mas que en matices ligeros, á no ser bajo el punto de vista de la anatomía patológica. Esta nos demuestra, que es poco frecuente la alteracion llamada chapa dura, y por contraposicion mas comunes las blandas, el desarrollo tardio de las ulceraciones y quizá su cicatrizacion mas rápida. En cuanto á los síntomas, las alteraciones torácicas y abdominales predominan sobre las demas y principalmente sobre las cerebrales.

»Complicaciones.—Entre las complicaciones que se desarrollan durante el curso de la fiebre tifoidea, unas son en cierto modo inherentes á la naturaleza de la enfermedad y á las diferentes alteraciones orgánicas que provoca, á saber: 1.° respecto de los órganos de los sentidos y de la superficie cutánea, la *erisipela*, las *parótidas*, los *abscesos* y la *reabsorcion purulenta*, la *otorrea* y la *perforacion del tímpano*, la *caida de los cabellos*; 2.° en el aparato digestivo, la *hemorragia intestinal*, la *perforacion*, la *enteritis* y la *colitis*; 3.° en el apa-

rato respiratorio, la *neumonia*. Estas complicaciones deben llamarse *inmediatas esenciales*, y forman una clase aparte.

»Las demas complicaciones son *accidentales* ó *accesorias* y mucho menos frecuentes que las primeras: esta última clase comprenderá la *meningo-encefalitis*, las *úlceras de la laringe y de la epiglotis*, la *nefritis*, la *pielitis*, los *abscesos metastáticos* y *de la fosa iliaca* y la *tisis*.

»1.º *Complicaciones esenciales que residen en los aparatos de la vida de relacion*.—A. *Erisipela*. Ya hemos hablado de las mortificaciones parciales, que se desarrollan en el sacro, en las nalgas, en los trocanteres, en los talones, en la parte posterior de la cabeza, en los codos y aun en las partes que no estan comprimidas por el peso del cuerpo; pues hemos creido deber mencionarlas al estudiar los síntomas de la enfermedad: réstanos hacer mérito de las circunstancias en que se desarrolla la erisipela. Manifiéstase ordinariamente en una época adelantada de la fiebre tifoidea, despues del segundo ó tercer septenario, constituyendo una de las complicaciones mas frecuentes y funestas de la enfermedad (Chomel, p. 443). De 42 casos de muerte citados por Chomel, en cuatro se habia manifestado la erisipela de la cara ocasionando la terminacion fatal. Louis la ha visto con mas frecuencia en los casos desgraciados que en los demas, sin que apareciese en ninguno de los leves (t. II, p. 121). Ocupa casi esclusivamente la cara; empieza á menudo por la nariz, y se manifiesta algunas veces ocho ó diez dias antes de la muerte. Ordinariamente cuando empieza se acelera el pulso; se aumenta el calor de la piel; hay delirio, escalofrios y algunas veces vómitos; la lengua se seca mas y se aumenta la sed. La erisipela se estiende lentamente desde la nariz hácia la frente y las orejas, adelantando despues por la piel del cráneo. Empieza por un ala ó por la estremidad de la nariz, siendo entonces poco marcada la hinchazon y la rubicundez. Cuando principia por la megilla, se presenta una chapeta roja, que podria confundirse con la rubicundez que suele producir el decúbito en el rostro: algunas veces marcha con rapidez y termina por gangrena.

»B. *Parótidas*.—*La adenitis parotidea tifoidea* y la supuracion del tejido celular que rodea las glándulas salivales son accidentes bastante raros; puesto que Andral no los ha observado mas que cinco veces (*loc. cit*, página 619), y de Larroque solo tres en mas de doscientos enfermos (*Mémoire sur la fièvre tiphoïde*, p. 43, en 8.º; Paris, 1839). Dance cita un caso (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, p. 14), y nosotros hemos observado dos que terminaron en la curacion. Andral, lejos de considerar las parótidas como fenómenos críticos, á imitacion de algunos médicos, ve en ellas una complicacion las mas veces fatal.

»C. *Abscesos subcutáneos*.—Apenas se observan en la fiebre tifoidea. Chomel ha visto seis veces colecciones purulentas pequeñas en los brazos, la region precordial, la temporal, la parotidea y la ranura de las nalgas, y los seis enfermos se curaron (p. 445). Es preciso distinguir estos abscesos de otras colecciones purulentas, que dependen de la reabsorcion del pus y de su penetracion en la economia; en cuyo caso sobrevienen los síntomas generales de la puoemia; pero como se parecen tanto á los de la fiebre tifoidea, se desconoce casi siempre esta complicacion, que solo se descubre cuando, al hacer la autopsia, se encuentran en el pulmon ó en alguna otra víscera abscesos metastáticos. Hemos observado dos casos de esta especie, y nos ha sido imposible descubrir el sitio de la supuracion. Puédense, sin duda, atribuir semejantes abscesos á la desorganizacion de las glándulas de Peyero, que muchos autores creen efecto de un trabajo flegmásico; pero seria preciso demostrar la existencia, ya de una flebitis, ya de pus en los vasos del sistema venoso abdominal, cosa que todavia no se ha hecho. Ademas, en esta hipótesis se esplicaria con mucha dificultad lo estraordinariamente rara que es la puoemia en la fiebre tifoidea. Este asunto merece llamar la atencion de los buenos observadores, y por nuestra parte ya nos hemos ocupado de él en otro lugar (V. ALTERACIONES ANATÓMICAS, p. 181). Cierto número de observaciones, presentadas como ejemplos de fiebre tifoidea complicada con reabsorcion purulenta, no pertenecen á esta enfermedad.

»D. Andral ha observado en tres enfermos *una erupcion varioliforme*, que en un caso ocupaba el epigastrio, en otro esta region y la nalga, y en otro el rostro, los brazos y las nalgas. Acabamos de ver en un enfermo, que estaba enteramente convaleciente de una fiebre tifoidea grave, una varioloides cuya erupcion ha venido acompañada durante un solo dia de síntomas generales bastante graves.

»E. *Otitis*, *otorrea*, *perforacion del tímpano*.—La inflamacion del conducto auditivo esterno y la otorrea que de él depende, no son complicaciones raras: las hemos observado ocho veces en nuestros 130 enfermos. Louis ha observado siete veces el dolor de oidos, y cuatro un flujo por el conducto auditivo esterno, entre 45 enfermos gravemente afectados (p. 91). No ha visto sobrevenir la otorrea purulenta sino en una época avanzada de la enfermedad, despues del dia 22 contando desde el principio, y lo mismo ha sucedido en todos los casos observados por nosotros. En dos ocasiones no se presentó hasta despues de los cuarenta dias, y los enfermos sucumbieron. Por nuestra parte no hemos visto la otitis y la otorrea, sino en casos graves, pero no siempre mortales. En estos últimos tiempos ha observado Menière que la supuracion del oido venia bastante á menudo acompañada de la perforacion del tímpano: nosotros lo hemos comprobado tambien en mu-

chos enfermos. «Será tambien esta lesion, dice Louis, una consecuencia de la predisposicion á la ulceracion? ¿Será mas frecuente en estos enfermos, que en los atacados de otitis en el curso de las demas enfermedades agudas?» (p. 92). Debe el médico fijar toda su atencion en el estado del conducto auditivo, á fin de evitar los graves accidentes que puede traer consigo la pérdida de la audicion.

»F. *La caida de los cabellos* es bastante frecuente en las fiebres tifoideas, en especial durante la convalecencia; pero vuelven á crecer casi siempre y tan espesos como antes de la enfermedad.

»2.º *Complicaciones esenciales que residen en los intestinos.*—A. *Hemorragia intestinal.* La hemorragia puede verificarse por el estómago ó por los intestinos: la que se efectúa por la primera via es muy rara y no podemos considerarla como una complicacion de la fiebre tifoidea: ó bien se refiere á una lesion muy anterior á esta fiebre, como en el caso referido por Chomel en que estaba escirroso el hígado (obs. 22, p. 258), ó bien á otra enfermedad visceral.

»La enterorragia es una complicacion frecuente de la fiebre tifoidea; reconoce por causa la alteracion de la membrana mucosa de las glándulas de Peyero, ó una simple exhalacion sanguinolenta por esta túnica no alterada. Esta doble causa de la hemorragia se comprueba por las necropsias y por el estudio de los síntomas. Efectivamente suele no encontrarse en el intestino ninguna glándula ulcerada, á pesar de haberse verificado la hemorragia desde los primeros dias de la afeccion. En este caso es producida por exhalacion, y constituye un fenómeno de igual órden y naturaleza que la epistaxis, los equimosis y las congestiones sanguíneas viscerales. En apoyo de esta verdad vemos, que al mismo tiempo que fluye el líquido sanguíneo por la superficie libre de la mucosa intestinal, se infiltra tambien en esta membrana ó en la túnica celular (véase Anat. pat., p. 179).

»Dice Andral que las hemorragias de los intestinos se verifican por lo comun en una época ya adelantada, aunque no obstante pueden tambien manifestarse al principio (p. 558). Lo que hemos dicho mas arriba basta para esplicar las variaciones que se observan respecto de este punto. Se nos ha presentado este flujo sanguíneo en el primer septenario, en dos enfermos que murieron con todos los síntomas de una fiebre tifoidea fulminante; en otros seis habia pasado la enfermedad del segundo septenario.

»Se conoce ordinariamente la existencia de esta complicacion en la naturaleza de las evacuaciones alvinas, que estan formadas, ya de sangre coagulada ó líquida, negruzca ó de color rojo granate, ya de una papilla oscura ó simplemente roja, y por último á veces tambien de materias amarillentas, con las que estan mezclados cuajarones negruzcos. Puede suceder igualmente que no salga la sangre y quede retenida en el intestino. Vénse enfermos que en un dia echan dos, cuatro y aun cinco libras de sangre, desapareciendo despues enteramente este líquido de los escrementos, como sucedió en un sugeto que se nos murió. El flujo sanguíneo viene acompañado con bastante frecuencia de cólicos, de sensibilidad abdominal, de tumefaccion del vientre, de sonido macizo á la percusion, y de algunos de los signos generales de las hemorragias, como el enfriamento de las estremidades, el síncope ó la lipotimia, los sudores frios y la palidez del rostro; signos que hemos observado tambien en dos enfermos nuestros. Cuando se declara la enterorragia en una época avanzada de la fiebre tifoidea, se arrojan involuntariamente cámaras sanguinolentas, y hay que vigilar con atencion al enfermo; ó mas bien debe el médico examinar por si mismo las sábanas sucias, para poder comprobar la presencia de la sangre. Algunos enfermos arrojan por el ano un líquido de color granate, cuya naturaleza no puede desconocerse.

»La hemorragia intestinal constituye un síntoma grave. Sin embargo no siempre anuncia una terminacion fatal, puesto que Louis, Andral y todos los autores que han observado esta hemorragia, han visto curarse algunos enfermos, y nosotros tenemos dos casos recientes de curacion en iguales circunstancias.

»La sangre procedente de una epistasis puede pasar al estómago y salir despues por la cámara. No siempre es fácil descubrir el verdadero origen del flujo sanguíneo, aunque es raro que no haya algun síntoma que indique la epistaxis.

»B. *Perforacion intestinal y peritonitis.*—La perforacion del intestino no es un accidente raro en la fiebre tifoidea: Louis la ha observado en una sétima parte de los casos, esto es, en 8 de 55; Chomel en 2 de 42, esto es, 1 de cada 21; Forget 2 veces en 44, ó 1 en 22 (*loc. cit.*, p. 330; véase tambien *Mémoires sur les perforations dites spontanée du tube digestif* en *Gaz. méd.*, 1836); Montault las ha visto en 5 de 49 enfermos (*Mém. de l'Acad. roy. de medecine*, t. VII, p. 220; Paris, 1838); Bretonneau en 8 de 80 casos de muerte, lo que da un total de un 1 por diez (Forget, p. 106). En todo el curso de nuestra práctica, dicen Lombard y Fauconnet, no hemos observado en 235 enfermos mas que 2 casos de perforacion, lo que formaria una proporcion de 1 de cada 117 ó 118 (mem. cit., p. 639). Algunos autores han confundido la perforacion con la peritonitis que siempre la sigue (V. las observaciones 18 y 19 de Petit y Serres, ob. cit., página 93), y no se ha estudiado la primera de estas enfermedades en sus relaciones con la lesion de las glándulas de Peyero, hasta hace algunos años. Ya hemos dicho que el sitio de eleccion de la pérdida de sustancia es el fin

de los intestinos delgados (p. 171), que es donde se encontraron las perforaciones en 10 casos publicados por Louis: en los intestinos gruesos son mas raras. Ordinariamente no hay mas que una perforacion: no obstante á veces se hallan dos ó tres.

»De los hechos observados por Louis resulta, que las fiebres tifoideas en que sobreviene esta grave complicacion han solido ser de una forma bastante benigna. En dos casos de doce sacados de la obra de Louis y de la clínica de Chomel, habian sido graves los síntomas; tres enfermos podian considerarse como convalecientes. El curso insidioso y á menudo latente que afecta la lesion de los intestinos, se esplica por los progresos de la ulceracion en las túnicas muscular y serosa, ó por la formacion de una escara. Háse considerado la distension gaseosa de los intestinos delgados como una causa que puede favorecer el desarrollo de la perforacion, ya que no producirla por sí sola. Chomel ha insistido mucho en esta causa, y trata de probar que de ella depende la mayor frecuencia de las perforaciones intestinales en los sugetos atacados de fiebre tifoidea, relativamente á las que suceden á las ulceraciones tuberculosas, las cuales son tan raras, que Louis solo las ha observado una vez en 150 tísicos (Chomel, p. 132). Si la accion de esta causa estuviese probada, se podria sostener tambien que los purgantes y todos los medicamentos capaces de producir contracciones y movimientos en los intestinos, debian favorecer las perforaciones; y en efecto, Lombard y Fauconnet han observado este accidente de resultas de vómitos producidos por una indigestion (*loc. cit.*, p. 639). Sin embargo, no se ve que los enfermos tratados con los purgantes las tengan mas á menudo que los sometidos á otros tratamientos.

»La perforacion no se efectúa mas que del duodécimo dia en adelante, es decir, desde el instante en que se reblandece ó ulcera alguna glándula de Peyero, y puede verificarse despues del dia 30, cuando el fondo de la úlcera, próximo ya á cicatrizarse, solo está formado por la túnica muscular muy adelgazada ó por el peritóneo. La perforacion se anuncia por un dolor, en general violento y repentino, en el vientre, por la sensibilidad estraordinaria de toda esta parte, por un escalofrio acompañado de desazon, de postracion general y de alteracion de las facciones, por náuseas y vómitos biliosos, y por la frecuencia, dureza y desigualdad del pulso. Muy luego se aumenta el dolor abdominal; de manera que el menor movimiento que haga el enfermo ó la mas lígera presion le exasperan; el rostro del paciente espresa su padecimiento y ansiedad, á no ser que delire ó tenga una adinamia tal, que suspenda la manifestacion de la sensibilidad abdominal: la supresion de las cámaras y de la orina es menos constante que en la peritonitis simple. Cuando son tan marcados los síntomas, apenas ofrece duda el diagnóstico. Los accidentes van aumentando hasta la muerte, la que se verifica al cabo de uno ó dos dias. No sucede así en la forma lenta é insidiosa de la perforacion: algunos sugetos solo se quejan de un dolor abdominal muy ligero; pero las náuseas, los vómitos, el aumento de la calentura, el meteorismo y la espresion de padecimiento que adquiere el rostro al comprimir el abdomen, hacen creer que hay una inflamacion en el peritóneo. Esta flegmasia se desarrolla en el instante mismo en que se verifica la perforacion, pasando á la cavidad peritoneal las materias líquidas y los gases contenidos en los intestinos. En algunos casos es parcial la peritonitis, circunscrita por adherencias que se desarrollan rápidamente é impiden que los líquidos se derramen: entonces son bastante ligeros los síntomas y suelen pasar desapercibidos; tanto que se admira el médico de descubrir por la autopsia una lesion, cuya existencia apenas habia sospechado durante la vida. Louis ha visto un enfermo que resistió esta grave complicacion durante siete dias (*De la perforacion de los intestinos delgados* en *Recueil de mémoires*, p. 136, en 8.°; Paris, 1828).

»C. *La enteritis vellosa*, es decir, la flegmasia de la membrana mucosa, puede acompañar á la enfermedad de las glándulas de Peyero, y es de sentir que los observadores no hayan fijado su atencion en esta flegmasia coexistente, y sobre todo en los síntomas que mas especialmente la pertenecen. Los que admiten que la fiebre tifoidea es solo una enteritis foliculosa, no dan mucha importancia á esta distincion, que por otra parte no existe para ellos. No hemos encontrado en los autores ningun dato esacto acerca de semejante complicacion, por lo que nos seria imposible esponer con alguna esactitud su historia. El dolor abdominal, el estreñimiento y el meteorismo, se han tenido por signos de enteritis *vellosa*; pero se hallan oscurecidos por los de la fiebre tifoidea (V. ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS).

»D. *La colitis ulcerosa* es mucho mas comun que la flegmasia de que acabamos de hablar. En cierto número de enfermos se prolonga la convalecencia á causa de una diarrea persistente, que cuesta mucho trabajo curar, y que unas veces está sostenida por desarreglos en el régimen, y otras depende de ulceraciones crónicas de las glándulas solitarias de los intestinos gruesos, que han desorganizado una parte mas ó menos estensa de la membrana mucosa de los mismos. El enflaquecimiento, las evacuaciones alvinas formadas de materiales serosos, amarillentos ú oscuros y muy fétidos, los dolores cólicos sordos ó muy vivos que siguen á la digestion, el calor y el aumento de la calentura por las tardes, etc., son los signos de la colitis crónica.

»*Gastritis.*—Háse referido al reblandecimiento gelatiniforme del estómago, que se ha

considerado en este caso como una lesion flegmásica, el vómito, el dolor epigástrico, la sed intensa, la sequedad y las capas de la lengua, etc.; pero semejante opinion está lejos de hallarse admitida en el dia. Segun Chomel, los diferentes estados patológicos del estómago, que se reconocen despues de la muerte, ya por la inyeccion, el reblandecimiento, el color apizarrado, ó finalmente por el engrosamiento de la mucosa, en los sugetos que han sucumbido á la afeccion tifoidea, no se manifiestan constantemente por síntoma alguno que pueda darlos á conocer, y es imposible decir con alguna certidumbre durante la vida de un enfermo, si se encontrará en el estómago alguna alteracion apreciable, y menos cuál será su especie» (p. 250).

»*La saburra gástrica*, *el estado bilioso y la fiebre biliosa*, son en nuestro concepto complicaciones que debemos consignar aqui, aunque ya las hemos descrito hablando de las *formas* (V. ESPECIES Y VARIEDADES).

»*Complicaciones esenciales que residen en el aparato respiratorio.*—Las dos únicas enfermedades que merecen el nombre de complicaciones, son la *neumonia* y la *apoplegia pulmonal.* Se ha indicado tambien la bronquitis; pero se ha descrito como tal la forma de congestion sanguínea que hemos estudiado en otra parte, y que en realidad constituye uno de los efectos morbosos casi constantes de la fiebre tifoidea (V. ANATOMIA PATOLÓGICA Y SÍNTOMAS).

»En la *bronquitis* que merece realmente este nombre, se observa sensacion de calor detras del esternon, tos seguida mas adelante de espectoracion que en nada se parece á la de los sugetos atacados de fiebre tifoidea, etc.

»La *neumonia* de que hablamos es enteramente distinta de la llamada tifoidea, que hemos estudiado con el nombre de *ingurgitacion*, *esplenizacion*, y en cuanto á sus síntomas físicos no se diferencia de la neumonia franca, legítima. Asi es que se la conoce por los esputos viscosos, herrumbrosos ó no, por el sonido macizo del pecho en el sitio correspondiente á la inflamacion, por el soplo tubario, por la resonancia de la voz, por la vibracion de las paredes torácicas y por la aceleracion de los movimientos respiratorios. Observaremos sin embargo, que estos síntomas estan oscurecidos mucho tiempo por los estertores sibilante y subcrepitante y por la congestion tifoidea, y solo mediante una regular atencion se llega á conocer el desarrollo de una verdadera pulmonia. Tenemos actualmente á la vista dos ejemplos muy marcados, y nos hemos podido convencer de que no haciendo diariamente la auscultacion del pecho, no se puede conocer el tránsito de la ingurgitacion ó de la esplenizacion á la pulmonia. Cuando los enfermos espectoran, tienen los esputos los carácteres propios de la flegmasia pulmonal, y nos ha parecido que cuando esta se desarrollaba, eran el soplo y la broncofonia mas intensos que en la simple ingurgitacion. Las inflamaciones parenquimatosas se presentan comunmente en la base, y apenas las hemos observado sino en la convalecencia, ya sea esta perfecta ó ya incompleta.

»La *apoplegia pulmonal* se revela por signos muy oscuros: si los enfermos echan con la espectoracion cierta cantidad de sangre pura; si al mismo tiempo la respiracion se acelera, y si por último se observa el estertor crepitante, el ruido de soplo, el sonido macizo y la broncofonia, se debe creer que existen uno ó muchos focos apopléticos; pero estos casos son muy raros.

»2.º Las *complicaciones accidentales* no se han estudiado por los patólogos, y nos seria difícil indicar las modificaciones que inducen muchas de ellas en la sintomatologia. La *meningo-encefalitis*, de la que hemos observado dos ejemplos, podria conocerse si se presentase desde el principio una cefalalgia intensa y duradera, acompañada prontamente de un delirio violento, con agitacion estraordinaria y movimientos desordenados de los miembros y de los músculos oculares y de la mandíbula. Estos son los síntomas que nos han anunciado la meningo-encefalitis en los dos casos que hemos presenciado.

»*Síntomas espinales.*—Lombard y Fauconnet han llamado la atencion de los patólogos acerca de algunos accidentes nerviosos, que reconocen por causa, si no un estado morboso de la médula espinal, al menos una alteracion muy marcada de las funciones que desempeña esta parte (*Etudes cliniques sur quelques points de l'histoire des fièvres typhoïdes*, en *Gazet. méd.*, p. 606; 1843). Los sugetos en quienes han observado estos dos autores los síntomas espinales, tenian desde el principio dolores, con frecuencia muy agudos, ya en la nuca y parte lateral del cuello, ya en la region dorso-lumbar; otras veces sentian un ligero entorpecimiento en las mandíbulas, en los brazos y en las piernas. Lombard y Fauconnet dicen haber observado la cefalalgia occipital y el dolor cervical con tanta frecuencia, que quisieron incluirlos en la descripcion general de la fiebre (p. 610). Citan un enfermo que sentia un dolor muy vivo cuando se le comprimia sobre las últimas vértebras cervicales: habia al mismo tiempo rigidez y entumecimiento en los brazos y en las piernas. Es evidente que en los enfermos de que hablan los médicos de Ginebra, no existian mas que complicaciones enteramente accidentales, y tan raras que no pueden figurar entre los síntomas de la fiebre tifoidea. Tampoco creemos que deban referirse á una lesion material de la médula espinal, y sobre este punto dejamos á los autores la responsabilidad de la opinion que han sostenido. Los cuatro enfermos cuyas observaciones refieren, eran mujeres que aun no tenian veinticinco años, á escepcion de una

que contaba cuarenta y uno: todos se curaron.

»Las *úlceras de la epiglotis y de la laringe*, observadas por Louis, nos parecen complicaciones puramente accidentales. La *tisis pulmonal* se manifiesta en un corto número de enfermos al fin de la dotinenteria, ya porque obre esta última afeccion como causa determinante en el desarrollo de la tisis, estando ya el sugeto predispuesto; ya porque imprima un curso mas rápido á la lesion, habiéndose esta manifestado en otras épocas de la vida por síntomas no dudosos; cuyo último caso es mas frecuente que el anterior. Los signos que dan á conocer esta complicacion son; la persistencia de la tos ó la intension creciente de este síntoma, en época en que se disipan todos los demas fenómenos y en que debia empezar la convalecencia; esta permanece incompleta, y muy luego se desvanece toda duda acerca de la existencia de los tubérculos pulmonales, por el movimiento febril, el calor de la piel, el enflaquecimiento progresivo, á veces por los sudores nocturnos, la diarrea, la anorexia, y sobre todo por los signos que dan la auscultacion, la percusion y el exámen de las materias espectoradas. Hemos visto en dos casos marchar esta enfermedad con tal rapidez, que sin haber tenido los sugetos ningun signo marcado de ella al principio de la afeccion tifoidea, han muerto tres meses despues de la invasion de esta última. En otros dos casos salieron los enfermos sin ninguna mejoria, y en un período tan avanzado de la tisis, que creemos no tardára en verificarse su muerte.

»Los *abscesos múltiples* que se encuentran muy rara vez en los pulmones, dependen de la reabsorcion purulenta de que hemos hablado. La *pleuresia* es tambien una de las complicaciones que se manifiestan en un corto número de enfermos. La hemos encontrado dos veces y en convalecientes, lo que nos hace creer que la habria ocasionado el enfriamiento ó alguna otra causa puramente accidental, sin tener parte alguna en su produccion la fiebre tifoidea.

»*Nefritis*.—Louis no ha observado mas que una vez el riñon derecho reblandecido y con varios puntitos amarillentos: habia pus en la pelvis, y se veian en los intestinos manchas de color rojo subido. Rayer dice que no conoce ninguna enfermedad general que produzca con mas frecuencia la inflamacion de los riñones (*Traité des maladies des reins*, t. II, p. 22). La ha observado principalmente despues de las retenciones de orina, y cuando habia durado muchos dias el estupor. La disminucion de la acidez de la orina, su paso al estado alcalino, la presencia en ella de glóbulos mucosos, á veces sanguíneos, y de alguna cantidad de albúmina, son los signos que este autor considera como propios de la nefritis. Hemos dicho al hablar de las alteraciones anatómicas, que en efecto, cuando hay puntos purulentos en los riñones, es necesario admitir que el tejido renal ha estado inflamado; á menos que haya una reabsorcion purulenta, cuya complicacion es muy rara. En cuanto á la inyeccion y á la hipertrofia simple de la sustancia cortical, solo constituyen una hiperemia simple de igual naturaleza que las que se forman en muchos sugetos, y nada tienen que ver con la inflamacion. El paso de la albúmina á la orina es entonces momentáneo, y depende únicamente de esta congestion.

»La *difteritis bucal* se manifiesta en pocos enfermos, y por lo comun en una época adelantada del mal, en las convalecencias imperfectas y cuando está debilitada la constitucion.

»No es muy raro observar el *flemon de la fosa iliaca* en el curso de la fiebre tifoidea. Los enfermos sienten en tal caso un dolor sordo hácia la fosa iliaca derecha, acompañado de una tumefaccion ligera, de una especie de pastosidad, que se circunscribe en seguida mas, y concluye por formar una coleccion purulenta, que se abre al esterior y algunas veces en los intestinos. Hemos observado esta complicacion en algunos casos graves, aunque terminados favorablemente. Los autores dicen tambien, que la fiebre tifoidea que se complica de este modo termina por lo general favorablemente: no obstante, suelen sobrevenir una fiebre intensa y diversos accidentes que entorpecen la convalecencia.

»Diagnóstico.—No son las mismas las enfermedades que simulan la fiebre tifoidea, cuando esta se halla en el primer septenario, ó cuando ha llegado al segundo ó al tercer período. Conviene pues establecer el diagnóstico en estas tres condiciones patológicas, que Chomel recomienda con razon á los prácticos. Por nuestra parte creemos que conviene antes de todo poner á la vista del lector los principales caractéres de la enfermedad, tales como los ha formulado Louis. «Enfermedad aguda, acompañada de un movimiento febril mas ó menos intenso, de duracion variable, propia de los jóvenes, principalmente de los que hace poco tiempo se encuentran en circunstancias nuevas para ellos, que empieza por un escalofrio violento, anorexia, sed y en el mayor número de casos cólicos y diarrea, acompañada muy luego de una debilidad desproporcionada con los demas síntomas, y despues, mas ó menos pronto, de soñolencia, aturdimiento, alteraciones de la vista, zumbido de oidos, entorpecimiento, delirio, meteorismo, aumento sensible del volumen del bazo, sudamina, manchas sonrosadas lenticulares, escaras en el sacro, úlceras mas ó menos profundas en la piel, en los puntos ocupados por los vejigatorios, sordera, movimientos espasmódicos variados ó contraccion permanente, en ocasiones hemorragia intestinal, muy rara vez afonia; cuyos síntomas, unos se disipan al cabo de cierto tiempo; otros se aumentan, y son los mas, de un modo progresivo cuando los enfermos sucumben, ó disminuyen con mas ó menos rapidez, para desaparecer por último enteramente, si termina feliz-

mente esta afeccion, cuyo caracter anatómico consiste en una alteracion especial de las glándulas elípticas del ileon» (t. II, p. 195).

»Pueden confundirse con la fiebre tifoidea en sus principios: 1.º el simple quebrantamiento; 2.º la saburra gástrica; 3.º el estado bilioso; 4.º la fiebre inflamatoria, y 5.º una fiebre eruptiva. Diariamente es el médico llamado por sugetos, que despues de haberse entregado á trabajos escesivos de cuerpo ó de espíritu, se ven acometidos de quebrantamiento de miembros, de cefalalgia, de anorexia, de diarrea, y de un movimiento febril ligero. Cuando los enfermos son jóvenes y recien llegados á una poblacion grande, es casi imposible establecer el diagnóstico. Conviene aguardar tres ó cuatro dias, y si los síntomas se aumentan, y con especialidad la fiebre se hace mas intensa, y la piel se pone caliente, debe temerse la invasion de la fiebre tifoidea.

»En la saburra gástrica no hay fiebre; el vientre está perezoso; existe cefalalgia ligera; se conservan las fuerzas, y el uso de un vomitivo ó de un purgante pone fin á los síntomas de la enfermedad. Algunas veces es la saburra gástrica el principio de la dotinenteria, y entonces ya no es posible el diagnóstico. Lo mismo diremos respecto del estado bilioso: no le acompañan fiebre, epistaxis, diarrea, debilidad general, ni los vértigos que tan pronto se observan en la fiebre tifoidea.

»La fiebre efémera ó inflamatoria presenta verdaderas dificultades para el diagnóstico, y puede simular la forma inflamatoria de la fiebre tifoidea: la calentura, la cefalalgia, los latidos de la cabeza, el aturdimiento, las llamaradas de calor existen en ambas enfermedades; sin embargo, no se observa en la fiebre inflamatoria el estupor, la debilidad muscular ni las erupciones cutáneas, que se cuentan entre los caractéres diagnósticos mas importantes de la tifoidea. Las capas de la lengua, la diarrea y la frecuencia del pulso, pertenecen á esta última enfermedad: en la fiebre inflamatoria está limpia la lengua, el vientre estreñido, y el pulso fuerte, desarrollado y poco frecuente.

»Los prodromos de las viruelas se parecen enteramente á los de la fiebre tifoidea; pero se puede sin embargo formar el diagnóstico con bastante esactitud, recordando que el dolor lumbar, los vómitos, el estreñimiento, la rubicundez de la piel, la escitacion cerebral y la frecuencia del pulso, solo pertenecen al principio de las viruelas. Débense buscar las cicatrices de la vacuna, aunque el signo diagnóstico que de ellas se puede sacar solo tiene una importancia mediana. Por último, teniendo presente que los prodromos de las viruelas son de cinco á ocho dias cuando mas, si la fiebre y los síntomas generales esceden de este término, se infiere de un modo positivo que la enfermedad es una calentura tifoidea.

»El sarampion y la escarlatina no vienen acompañados de un estupor y de un cansancio tan pronunciados; por otra parte en la escarlatina no tardan en manifestarse la angina, el color de la lengua y la erupcion, y en el sarampion se observan desde luego el coriza, el lagrimeo y la tos.

»En el segundo y tercer septenario se marca la fiebre tifoidea por el estupor, la adinamia, la espresion facial, los vértigos, el zumbido de oidos, la epistaxis, las erupciones cutáneas, el meteorismo, el rugido de tripas, la hipertrofia esplénica, la diarrea y los estertores tifoideos, y entonces son muy pocas las enfermedades con que se puede confundir. El predominio de los síntomas cerebrales, abdominales ó pectorales, de que nos hemos ocupado en otra parte, es el que imprime á la fiebre tifoidea caractéres bastante marcados, para simular hasta cierto punto las enfermedades viscerales que dan lugar á síntomas mas ó menos análogos.

»No de otro modo pudiera confundirse la fiebre tifoidea con la *meningo-encefalitis*, la *meningitis encéfalo-raquidiana*, la *congestion cerebral*, la *enteritis*, la *colitis*, la *disenteria grave*, la *peritonitis*, el *cólera*, la *pulmonia*, todas las *enfermedades acompañadas de estupor*, como la *flebitis*, la *puoemia*, la *fiebre puerperal*, el *muermo agudo*, el *estado tifoideo*, las *fiebres remitentes pseudo continuas de los pantanos* y el *tifus*.

»La meningitis da lugar á vómitos, cefalalgia intensa, delirio agudo, acompañado de convulsiones de los miembros, estrabismo y gritos, seguido muy pronto de coma, pérdida del conocimiento y paralisis parcial. Aun suponiendo que el médico no haya asistido al enfermo desde el primer período de la flegmasia y que ya existan el coma y los síntomas de compresion, todavia conocerá la enfermedad, teniendo en cuenta que no hay estupor, fuliginosidades en los dientes y en la lengua, epistaxis, manchas sonrosadas, sudamina, meteorismo, rugido de tripas, diarrea, escaras en el sacro, estertores tifoideos, ni hipertrofia esplénica. Todos estos síntomas faltan en las afecciones cerebrales y caracterizan la fiebre tifoidea del modo mas claro y positivo.

»La *meningitis encéfalo-raquidiana*, ya sea esporádica, ya endémica, se ha equivocado algunas veces en sus principios con la fiebre tifoidea; sin embargo se distingue de esta en los dolores agudos de cabeza y de nuca, en la contractura de los músculos de la parte posterior del cuello, y en la falta de todos los síntomas propios de la calentura tifoidea. En la *congestion cerebral* la falta de fiebre, la lentitud del pulso, las alteraciones de la vista y el hormigueo de los miembros, bastan para ilustrar el diagnóstico.

»La *enteritis* se conoce fácilmente por la naturaleza, sitio y sucesion de los síntomas. Preséntanse primero los del sistema digestivo, como son: cólicos, dolor de vientre al com-

primirle, estreñimiento (Broussais), poco meteorismo ó ninguno, lengua limpia, sin capas negruzcas ni fuliginosas, debilidad muscular nula ó incomparablemente menor que en la fiebre tifoidea, falta de desarreglos de la sensibilidad general y especial y de la inteligencia, como tambien de erupciones cutáneas. En una palabra, la enteritis es local y sus síntomas permanecen locales; pero en la fiebre tifoidea el estupor, la adinamia y la fiebre, que se manifiestan desde el principio, prueban que los síntomas son tambien generales desde entonces, y que no es posible localizarlos en ninguna época (V. Louis, ob. cit., t. II, p. 208: Valleix, tésis cit., p. 23; Weber, *Journ. hebdomad.*; 1830).

»Las mismas reglas deben dirigirnos cuando se trate de distinguir la fiebre tifoidea de la *colitis* ó de la *disenteria*. Cualquiera que sea la intension de estas enfermedades, y aun cuando produzcan síntomas ataxo-adinámicos, los accidentes locales preceden á los generales, los cuales sobrevienen mucho despues y faltan muy á menudo. Las cámaras mucosas y sanguinolentas, los pujos, etc., solo pertenecen á la disenteria.

»La *peritonitis oscura*, latente y adinámica, se conoce fácilmente en los vómitos, el estreñimiento, la conformacion del vientre, que mas bien está contraido que distendido por los gases. Hay ademas mayor sensibilidad á la presion, y si la flegmasia es crónica, se encuentran señales del derrame ascítico; la cara se halla contraida y espresa mas bien dolor que estupor; el pulso está duro, pequeño y contraido, la piel fria. Si sobreviene delirio, es mas adelante y cuando ya se han marcado bien los demas síntomas característicos.

»El *cólera* da ciertamente lugar á una adinamia profunda; pero no es posible equivocarle con la fiebre tifoidea.

»Para que la *bronquitis* imite á la fiebre tifoidea, es menester que se desarrolle en un sugeto debilitado ó que se complique con un estado adinámico y con estupor. En tales circunstancias no bastaria la auscultacion para ilustrar el diagnóstico, porque en uno y otro caso habria estertores de igual naturaleza; pero si se ha visto desde el principio la flegmasia local, se ha podido observar que los síntomas han empezado por las vias respiratorias, y que el estupor y el estado ataxo-adinámico no han sobrevenido hasta despues, y son muy poco marcados. Ademas faltan los principales fenómenos de la fiebre tifoidea. Del mismo modo, y aun mas fácilmente, se distinguiria una *pulmonia* complicada con un estado adinámico, tomando en consideracion sus signos físicos.

»Nada diremos de todas las enfermedades que vienen acompañadas de síntomas tifoideos, como la flebitis, la puoemia, la fiebre puerperal y el muermo agudo; cuyas afecciones se han podido considerar como fiebres tifoideas, y aun describirse con este título en época muy próxima á la nuestra; mas hoy no podria tolerarse semejante error de diagnóstico, porque todas estas dolencias tienen signos propios que las dan á conocer. La supuracion oculta de una víscera, como por ejemplo una nefritis flemonosa, y la desorganizacion lenta de cualquier órgano, producen síntomas ataxo-adinámicos, parecidos á los de la fiebre tifoidea; pero faltan todos los demas signos de esta calentura. Vése sobrevenir un estado tifoideo casi en todas las enfermedades de los viejos; pero en esta edad es muy rara la fiebre tifoidea, y por otra parte la averiguacion de los diferentes estados patológicos que pueden producir la adinamia y la ataxia, nos conduciria muy pronto á un diagnóstico esacto.

»Se ha hablado de un *estado tifoideo*, de una afeccion tifoidea, en que existen el estupor y la adinamia sin fiebre; pero con dificultad se podrán trazar los caractéres de este estado morboso, mientras se le considere aislado de las diversas enfermedades que tienen un nombre y una significacion precisa en patologia, y que pueden venir acompañadas de estupor y adinamia. Nadie ignora en el dia que el *estupor*, la *adinamia* y la *ataxia*, se encuentran en afecciones muy diferentes entre sí; que estos tres síntomas no constituyen la calentura tifoidea, y que si faltan los demas no puede decirse que existe semejante fiebre. En una palabra, no porque una enfermedad ofrezca adinamia y estupor, se la ha de caracterizar de fiebre tifoidea.

»Las *fiebres remitentes* curables con la quina, y las seudo continuas principalmente, revisten algunas veces una forma tifoidea tan marcada, que si no se observase á los enfermos á diferentes horas del dia, comprobando la disminucion ó cesacion de los síntomas que ocurre diariamente ó cada dos dias, podria creerse que habia una fiebre tifoidea. La investigacion de la causa de la enfermedad, el conocimiento de los lugares donde se observa, y sobre todo la eficacia de la quina, nos harán descubrir la verdadera naturaleza de los accidentes tifoideos.

»Mas adelante diremos las diferencias que se han querido encontrar entre la fiebre tifoidea y el tifus (V. Tifus).

»Pronóstico.—«Cuanto se ha dicho hace mucho tiempo acerca del pronóstico en las enfermedades agudas, es aplicable principalmente á la afeccion tifoidea» (Louis, t. II, p. 340). Debe el médico reservar el pronóstico de la enfermedad, pues de otro modo se espondria á comprometer su reputacion. Efectivamente, la fiebre tifoidea es tan variable en sus formas é intension, que es casi imposible decir como va á terminar. Sin embargo, hay muchas circunstancias que proporcionan al médico datos preciosos, con cuyo auxilio puede prever hasta cierto punto el éxito futuro de la enfermedad. Estas circunstancias hacen variar necesariamente la gravedad del mal, por lo que nos parece necesario estudiarlas antes de in-

dicar de una manera general la proporcion de los muertos y de los curados.

»*Sexo.*—Louis ha visto morir un número igual de individuos de cada sexo (t. II, p. 354); Chomel ha obtenido los mismos resultados (p. 429); Forget dice, que segun sus observaciones la mortandad es algo mayor en las mujeres; Lombard y Fauconnet han confirmado las consecuencias obtenidas por Louis y Chomel, á quienes les parece igual la mortandad en la fiebre tifoidea en ambos sexos, y por último, Rilliet y Barthez han notado que la forma grave es mas frecuente en los niños que en las niñas (*loc. cit.*, p. 412).

»*Edad.*—La fiebre tifoidea es menos grave en los jóvenes que en los adultos. Reuniendo Barrier los hechos observados por Taupin, Audiganne, Becquerel y Stoeber, y añadiendo los que él mismo ha recogido, cuenta entre 206 sugetos, 30 muertos, es decir $\frac{1}{7}$; y desquitando de este número los casos en que ha dependido la muerte de una fiebre eruptiva ó de una enfermedad intercurrente, enteramente estraña á la fiebre tifoidea, queda reducida á un décimo la mortandad en los niños (*Traité pratique des maladies de l'enfance*, tomo II, p. 279, en 8.º; Paris, 1842).

»Los datos de Chomel y Louis prueban tambien el menor peligro de la enfermedad en sugetos de quince á diez y ocho años «Antes de los veinticinco años el número de los que se curan es mucho mas considerable que el de los que se mueren» (Louis, p. 353). Chomel dice que pasados los diez y ocho años y hasta los cuarenta, el grado de mortandad es el mismo, es decir, uno de tres; pasados los cuarenta la mortandad vuelve á aumentar y llega á la proporcion de una mitad (Chomel, p. 428). Este último resultado se ha obtenido con un corto número de hechos; de manera que en rigor no puede servir para determinar la mortandad. Conviénese en admitir, que mas allá de los cuarenta años la fiebre tifoidea es á la vez menos grave y menos frecuente. Lombard y Fauconnet asientan, que antes de los veinte años la mortandad es de $\frac{7}{100}$; de veinte á treinta años un 19 $\frac{1}{2}$ por 100; y despues de los treinta un 22 $\frac{1}{7}$; es decir, que *la mortandad de la fiebre tifoidea está en razon directa de la edad* (mem. cit., p. 592).

»*Constitucion.*—«La constitucion fuerte no es favorable al buen éxito de la enfermedad, pues se ve que muchos sugetos robustos y dotados de la mejor constitucion sucumben con prontitud y ofrecen las formas mas graves de la fiebre tifoidea. De 44 sugetos que ha visto morir Forget, solo 4 tenian una constitucion endeble, 12 mediana y 28 fuerte» (p. 404). Todos los médicos han podido repetir esta observacion en los enfermos atacados de fiebre tifoidea. La debilidad de la economia, á consecuencia de enfermedades anteriores, no es una condicion desfavorable para la curacion (Chomel, p. 431). Respecto á los temperamentos no se puede deducir de ellos ningun signo pronóstico.

»*Condiciones higiénicas.*—Las condiciones higiénicas en que han vivido los enfermos no dejan de ejercer una influencia notable en la gravedad de la fiebre tifoidea. El habitar en las grandes poblaciones se ha considerado como una influencia que aumentaba la gravedad del mal. Segun un estado hecho por Chomel, se ve que la mortandad ha sido algo mayor en los sugetos recien llegados á Paris, que en los que estaban ya aclimatados (p. 429). Louis cree tambien que la enfermedad es tanto menos peligrosa en esta poblacion, cuanto mas tiempo han permanecido en ella los sugetos (p. 357); pero este asunto exige nuevas investigaciones.

»Algunos autores consideran como causas capaces de aumentar la intension del mal, el habitar en sitios reducidos, mal ventilados y húmedos; el uso de alimentos escasos ó mal sanos, el de los alcohólicos, los trabajos escesivos, las vigilias prolongadas, el cambio de clima, de alimento, de ocupacion, y principalmente las emociones morales, que son entre todas las influencias nocivas las que mejor se han comprobado. El habitar en sitios mal ventilados ejerce tambien, sin duda alguna, una influencia perniciosa.

»*Estaciones.*—El cuadro estadístico de Chomel parece probar, que la mortandad es mayor en verano que en invierno; estando en la proporcion de 1 : 3 $\frac{1}{2}$ en el primer caso y de 1 á 2 $\frac{2}{3}$ en el segundo. Sin embargo, el autor que acabamos de citar, no cree que esta diferencia dependa de la accion de las estaciones; pues otro año habia visto una proporcion casi inversa (p. 447). Forget que ha examinado 183 casos con el objeto de ilustrar este punto de patologia, no ha obtenido ningun resultado positivo (p. 408). Resulta, pues, que no podemos sacar dato alguno pronóstico de la época del año en que se manifiesta la fiebre tifoidea.

»*Constitucion epidémica.*—Parécenos de mucho interés para el pronóstico la influencia de ciertas epidemias en esta fiebre, y tanto, que por no haberle dado la debida importancia, se encuentran tan grandes diferencias en los cuadros de mortandad formados por varios médicos. Esta influencia se manifiesta del modo mas evidente en las epidemias de fiebre tifoidea que devastan los pueblos pequeños, y en las que se observan en los hospitales grandes y principalmente en los de Paris. Vése, por ejemplo, que en un semestre ó en un año entero casi todas las fiebres tifoideas terminan felizmente; presentando la enfermedad una forma benigna, y curándose casi siempre los enfermos en la misma proporcion, cualquiera que sea el método á que se acuda. Hemos visto muchos hechos de este género, y lo mismo les ha sucedido á los médicos que ejercen en otros hospitales. Circunstancias ha habido, en

que solo hemos contado en un total de 42 enfermos 4 muertos, y algunos meses despues hemos perdido uno de cada cuatro. ¡En cuantos errores habriamos incurrido, si hubiésemos ensayado algun tratamiento nuevo en los enfermos que estaban destinados á curarse! ¡Y qué valor podria tener una estadística fundada en semejantes observaciones!

»*Pronóstico sacado de los síntomas.*—Se han dividido en tres clases los hechos que pertenecen á la fiebre tifoidea, colocando en un grupo los que se han llamado casos ligeros, en otro los de intension media y en otro los graves. La intension de los síntomas y la forma de la enfermedad han servido de base para fundar esta division; pero como es tan incierto el éxito del mal, y casi imposible decir en los primeros dias si ha de ser grave ó benigno, desde luego se comprende que la clasificacion de que hablamos es por lo comun arbitraria. Para poder indicar el número de muertos correspondiente á cada una de estas tres clases, se necesitaria un medio seguro é invariable, con cuyo auxilio se pudiesen colocar en un mismo grupo las unidades patológicas de igual gravedad; mas esta distribucion natural es, si no imposible, al menos muy difícil. Ya veremos mas adelante, al hablar de la mortandad en general, los resultados que han obtenido muchos observadores; ahora nos ocuparemos en determinar el grado de gravedad segun los síntomas.

»Débense considerar como signos de mal agüero: A. *el delirio*, que se manifiesta desde el principio con intension y acompañado de agitacion, de movimientos convulsivos y muy pronto de coma; la *falta de ánimo*, el *temor de morirse*, y mas aun la *indiferencia absoluta*, que hace decir al enfermo que nada siente y que se encuentra muy bien; B. la *soñolencia* y el *coma*, cuando llegan á un grado estraordinario, son casi siempre mortales; C. un *estupor* muy intenso desde el principio; D. la *adinamia*, cuya intensidad y aparicion sirven para medir la gravedad del mal; E. las *alteraciones de los sentidos*, la *rubicundez por congestion* de la conjuntiva ocular, la espresion de *embrutecimiento* que adquiere el rostro, las *convulsiones* de los músculos que mueven las cejas, los ojos, el ala de la nariz y las mandíbulas, y la sordera estremada, merecen tenerse en consideracion cuando se trata de formar el pronóstico; F. las *manchas sonrosadas lenticulares* les han parecido á Lombard y Fauconnet mas confluentes en los casos graves (p. 595); pero generalmente se conviene en que la presencia y el número de estas manchas y de la sudamina tienen muy poca importancia para el pronóstico. Aunque es cierto que muchos enfermos gravemente afectados tienen papulas tifoideas y sudamina, tambien hay otros cuya afeccion es muy ligera y tienen sin embargo los mismos signos. Louis ha observado, que solo en los casos graves habia manchas numerosas y anchas de sudamina, pudiéndose desprender de ellas pedacitos de epidermis (p. 346); sin embargo, añade que nada puede deducirse de este hecho relativamente al pronóstico; G. los *saltos de tendones*, la *contractura de los miembros torácicos* y la *carfologia*, son síntomas que dejan á los enfermos pocas esperanzas de salvacion; H. las *escaras del sacro* ó de cualquiera otra region, cuando son muy grandes, hacen temer una terminacion funesta.

»Entre los síntomas abdominales los mas alarmantes son: la estraordinaria sequedad, las resquebrajaduras y las capas oscuras y sanguíneas de la lengua, el temblor de este órgano, la sed viva é incesante, la disfagia, el meteorismo algo considerable y desarrollado en los primeros tiempos de la enfermedad, la diarrea muy intensa, la insensibilidad del vientre y las cámaras involuntarias. «Se mueren casi la mitad de los enfermos en quienes estas se hacen habituales» (Chomel, p. 437). Las hemorragias intestinales son verdaderamente graves, pero no tanto como se ha exagerado: de siete sugetos asistidos por Chomel, que tuvieron pérdidas sanguíneas, murieron seis; de siete observados por Louis se curaron tres. La emision involuntaria de la orina y su retencion son signos pronósticos fatales.

»La *esploracion atenta* de los órganos respiratorios descubre algunos fenómenos importantes para el pronóstico: si la respiracion es fatigosa y frecuente; si en todo el pecho se oyen estertores sonoros, y en sus dos tercios inferiores estertores mucosos subcrepitantes, y si se suprime la espectoracion, peligra el enfermo.

»La frecuencia del pulso no está siempre de acuerdo con la gravedad del mal, á menos que lata mas de 130 veces por minuto; pero su irregularidad, debilidad y lentitud estraordinarias anuncian un gran peligro.

»*Formas.* — Para sacar algun partido del exámen de los síntomas, es preciso agruparlos, pues ya hemos visto que aisladamente no proporcionan signos pronósticos muy esactos, y esta circunstancia da á la distincion de las formas de la fiebre tifoidea mucha importancia para el pronóstico. Las formas adinámica y ataxo-adinámica intensas son mucho mas graves que las formas pectoral y abdominal; la biliosa y la mucosa ofrecen poco peligro. La *forma siderante* es mortal; la lenta nerviosa lo es mucho menos que la ataxo-adinámica, porque la terapéutica puede tener en ella mas aplicacion. Aumenta la gravedad de la *forma latente* la circunstancia de que por lo comun se la desconoce durante una parte de su curso.

»El pronóstico es peor, segun Chomel, en los casos en que se verifica la invasion de un modo repentino, y por el contrario mas favorable cuando hay prodromos (p. 433). El mismo autor ha observado tambien, que es mayor el peligro cuando la enfermedad muda de forma durante su curso. Tampoco es igual el ries-

go en todos los períodos del mal; rara vez se verifica la muerte en el primer septenario; ocurre con mas frecuencia en el segundo, y aun mas en el tercero; diferencias que se han atribuido á la absorcion de los líquidos pútridos, que solo se verifica en el segundo período ó tifoideo.

»Las complicaciones aumentan mucho la gravedad del pronóstico: las mas temibles son en primer lugar las perforaciones intestinales, que van seguidas constantemente de la muerte, la erisipela de la cara, la congestion pulmonal y la esplenizacion, la neumonia, la inflamacion de la laringe y de la epiglotis, la meningo-encefalitis, etc,; la supuracion prolongada de las porciones de piel que limitan las escaras, las reabsorciones purulentas y la preñez.

»*Mortandad general.*—Espuestas ya las numerosas causas que hacen variar la gravedad de la fiebre tifoidea, podremos apreciar con mas esactitud las pretensiones de los autores que han indicado la proporcion de los muertos con los curados en esta enfermedad. No olvidemos que la fiebre tifoidea es una de esas afecciones, que no se sujetan á nuestras divisiones sistemáticas, á causa de las variaciones casi infinitas que esperimenta en sus síntomas, intension, curso, complicaciones, etc., y que se necesita ademas, para confesar los casos de mal éxito, una independencia de ánimo poco comun y una imparcialidad, que no se encuentra siempre en los hombres, aun cuando se ocupen de los asuntos de mayor interés para la ciencia. Asi pues, solo damos una importancia secundaria á las estadísticas de que vamos á hablar; porque nos parece que no satisfacen con toda la esactitud apetecible las diferentes condiciones de esta clase de trabajos. El modo de apreciar los hechos, de calcular el principio y la duracion del mal, y de determinar esactamente su naturaleza y grado de gravedad, etc. etc., varian segun los observadores; pues cada cual tiene su método: unos llaman caso ligero lo que para otros es una simple saburra gástrica ó un estado morboso indeterminado; quién denomina caso grave á un caso mediano; y no falta quien forme su estadística con los casos observados en una sola epidemia ó en un espacio de tiempo muy limitado, ó reuna los hechos sin la debida distincion. Parécenos pues necesario esperar datos mas numerosos, y para decirlo con franqueza, mas perfectos, antes de decidirnos acerca de la controvertida cuestion de la mortandad. Por lo tanto nos limitaremos al papel de historiadores, sin entrar en una crítica demasiado larga á la par que ingrata.

»Louis sometió 81 enfermos graves á emisiones sanguíneas moderadas, y 39 ó cerca de la mitad perecieron: de 28 en quienes tenia la enfermedad el mismo caracter, y que no se sangraron, 13 ó cerca de la mitad sucumbieron (t. II, p. 392). De 31 sugetos tratados con los evacuantes solo sucumbieron 3, ó sea una décima parte (Louis, p. 436). De 138 casos observados por Louis de 1822 á 1827, terminó fatalmente la enfermedad en 50, ó sea un tercio del número total de enfermos. Reuniendo Chomel estos hechos á los que él habia presenciado, formó un total de 207 casos, de los cuales habian muerto 71, que son algo mas de la tercera parte (ob. cit.; p. 520). En los sugetos tratados con los cloruros alcalinos la mortandad ha estado solo en razon de uno por cada 4 $\frac{1}{2}$.

»Bouillaud atribuye al uso de las sangrias, practicadas segun la fórmula que daremos á conocer mas adelante, la considerable disminucion de la mortandad en sus enfermos. De 178 casos que trae en su *Essai de philosophie médicale* murieron 22, lo que hace subir la mortandad á una octava parte. En 50 nuevos casos reunidos en la *Clinique médicale de la Charité* solo hubo 3 muertos, esto es, uno de cada 16 ó 17. Quitando de 50 casos 23 que eran leves, quedan todavia 27 observaciones de fiebre tifoidea, en las que solo se contaron tres muertos, es decir una novena parte. El número 205 que comprende estas dos categorías, da asimismo una mortandad de 1 por cada 8 ó 9. Bouillaud indica en su *Nosografía médica* una nueva série de 117 casos de fiebre tifoidea, en la cual se cuentan 23 muertos (tomo III, p. 166), es decir, que la mortandad llegó á una octava parte próximamente, como en la primera série de que hemos hablado. No contento Bouillaud con un resultado tan notable, que da una mortandad la mitad menor que con los demas tratamientos, aun va mas adelante. «Es necesario no olvidar, dice, que casi todos los casos de muerte pertenecen á la clase de enfermos que no han podido tratarse por nuestro método, y que en los admitidos á tiempo en las séries de 1840 á 1844 encontramos 132 casos, de los cuales solo 9 fueron mortales, es decir, uno de 14 á 15. Y como entre los nueve casos de muerte ha provenido esta muchas veces de recaidas ó de enfermedades intercurrentes, que hubieran podido evitarse, es lícito decir que en esta enfermedad, tratada á tiempo por nuestro método, la curacion es la regla general, y la muerte una escepcion muy rara» (p. 167). El lector apreciará por sí mismo el valor de esta esplicacion.

»Forget, que usa las evacuaciones sanguíneas, sin atenerse no obstante «á fórmulas tanto mas peligrosas, cuanto que afectan pretensiones de una esactitud de que carecen» (ob. cit., p. 739), ha dado el cuadro siguiente de la mortandad en 190 enfermos, observados por él en la facultad de Estrasburgo: entre estos enfermos hubo 44 muertos, lo que da una mortandad de uno á 4 $\frac{14}{44}$ (ob. cit., página 440).

»Andral, en una memoria notable leida en la Academia de medicina, trata la cuestion que nos ocupa con una imparcialidad digna del

mayor elogio. Reuniendo 18 casos tratados por una medicacion mista (6 muertos), 27 por emisiones sanguíneas (6 muertos), 14 por los diluentes (0 muertos), 48 por los purgantes (8 muertos), 134 asistidos por Piedagnel (19 muertos), 31 por Louis (3 muertos) y 100 por de Larroque (10 muertos), hace ver que la mortandad de estos 372 casos resulta de 52, esto es, uno de cada siete por término medio. «¿Con estos datos, dice Andral, qué resultados podemos sacar para la ciencia? Ninguno en verdad; porque en los hechos que les han servido de base no hay paridad suficiente ni respecto al número ni á la naturaleza.» A lo que añadiremos, que unos resultados tan diversos conducen necesariamente á concluir, que hay algun defecto en todas estas estadísticas. No sospechamos de la buena fe de los observadores, pues estamos persuadidos de que han visto lo que dicen; pero creemos que no han empleado todas las precauciones necesarias para formar una buena estadística y para aplicarla útilmente á la terapéutica.

»Acabemos, pues, de indicar rápidamente la mortandad segun cada autor. De Larroque asegura que es una décima parte de los enfermos tratados por los purgantes (mem. cit., p. 131). Iguales resultados han obtenido los discípulos y partidarios de este tratamiento: de 104 enfermos observados por Beau murieron 11 ($\frac{1}{10}$) (*Dissert. inaugur.*; Paris, 1836); de 134 tratados por Pigdaguel y clasificados del modo siguiente: 69 casos simples (0 muertos); 16 de forma atáxica (9 muertos), 49 de forma adinámica (10 muertos), se cuentan 19 muertos ó sea una sétima parte (*Bullet. de l'Acad.*, p. 494, t. I). Este resultado es muy inferior al que han obtenido Beau y de Larroque. Grisolle ha encontrado tambien la mortandad de $\frac{1}{7}$ (*Traité élémentaire de pathologie interne*, t. I, p. 48, en 8.°; Paris, 1844). Andral recuerda en la memoria que ya hemos tenido ocasion de citar, que Clarke asistió en Lóndres en 1777 y 1779 á 203 individuos atacados de fiebre continua, sometiéndolos á un tratamiento del que estaban escluidas las sangrías, y que se componia únicamente de los eméticos, los diluentes y la quina: de los 238 enfermos solo perdió seis, esto es, uno de cada 33 próximamente. «Si nos hubiéramos de atener esclusivamente á los números, este tratamiento sería el mejor» (Andral, mem. cit.).

»ETIOLOGIA.—*Edad.* La fiebre tifoidea es rara en los primeros años de la vida, principalmente antes de los cuatro años. Charcellay refiere una observacion de dotinenteria congénita en un recien nacido muerto, al octavo dia de su nacimiento y al décimo quinto de la afeccion. El sujeto de su segunda observacion es un niño de 15 dias, que murió al octavo de una fiebre tifoidea (*Notice sur la dothienentérie chez l'enfant nouveau né*: *Archives générales de médecine*, 3.ª y nueva série, t. IX; Paris, 1840). El primer caso no es dudoso, puesto que existia la lesion anatómica característica. Manzini ha manifestado á la academia haber encontrado esta lesion en un niño sietemesino, que murió casi inmediatamente despues de su nacimiento; pero este hecho no puede inspirar mucha confianza. Rilliet ha visto con Marc d'Espine un niño de siete meses, atacado de fiebre tifoidea (Rilliet y Barthez, *loc. cit.*, página 403). Bricheteau ha encontrado la lesion y los síntomas de la enfermedad en un niño de pecho de cerca de diez meses (*Gazette des hôpitaux* 28 de octubre de 1841). Littré cree haberla observado en un niño de 22 meses (art. cit., p. 485). Abercrombie habla de casos ocurridos en niños de seis y siete meses. Rilliet y Barthez citan las observaciones de un niño de 22 meses y dos de dos años, atacados de esta enfermedad (*Nouvelles observations sur quelques points de l'histoire de l'affection typhoïde chez les enfants du premier âge*, en *Arch. gén. de méd.*, 3.ª y nueva série, t. IX, p. 155; 1840). Desde los dos años es mucho mas frecuente el mal. Hé aqui los resultados estadísticos que ha reunido Barrier, incluyendo los hechos observados por Taupin, Audiganne y Stoeber. De 211 casos se han observado de un año á dos, 0 casos; de dos á tres, 1; de tres á cuatro, 4; de cuatro á cinco, 11: total 16 casos antes de los cinco años. De cinco á seis años, 7 casos; de seis á siete, 17; de siete á ocho, 16; total de cinco á ocho, 40 casos. De ocho á nueve años, 12 casos; de nueve á diez, 19; de diez á once, 15: total de ocho á once años, 46 casos. De once á doce años, 17 casos; de doce á trece, 24; de trece á catorce, 19: total de once á catorce años, 60 casos. De catorce á quince, 41 casos; despues de los quince años, 9 (ob. cit., t. II, p. 257). Es visto, pues, que se aumenta la frecuencia de la enfermedad con los progresos de la edad. Los períodos de cinco á ocho años y de ocho á once son poco diferentes bajo este aspecto. Rilliet y Barthez dicen que es mas frecuente de nueve á catorce años, que de cinco á ocho (*loc. cit.*, p. 402).

»De la suma de los hechos recogidos por Louis y Chomel resulta, que la enfermedad que nos ocupa es mas frecuente desde los diez y ocho á los treinta años (*loc. cit.*, p. 311). El siguiente resultado confirma las observaciones precedentes. Lombard y Fauconnet dicen que sus 191 enfermos estaban distribuidos de este modo: hasta diez años, 3; de diez á veinte, 51; de veinte á treinta, 110; de treinta á cuarenta, 17; de cuarenta á cincuenta, 5; de cincuenta á sesenta, 4; de sesenta á setenta, 1 (mem. cit., p. 591). Prus ha visto esta enfermedad en un viejo de setenta y ocho años (*Gazette médicale*, 1838), y Lombard y Fauconnet en una mujer de setenta y dos años (p. 592). Estos casos son raros, pues como queda dicho la fiebre tifoidea ataca principalmente á los jóvenes. Putegnat observa que en las epidemias de esta enfermedad estan exentos los viejos (*Nouvelles recherches sur le mode de propaga-*

tion et la nature de la fiebre tiphoïde; Gazette médicale, n.º 45, t. VI, p. 710).

»*Sexo.*—La fiebre tifoidea parece ser algo mas comun en el hombre que en la mujer; pero debemos decir que se necesitan mas datos estadísticos para averiguar bien este hecho, que algunos modernos niegan rotundamente. Rilliet y Barthez, (p. 404), Taupin (mém. cit., p. 179) y Barrier (p. 257) creen que es evidente la influencia del sexo en la fiebre tifoidea de los jóvenes, estando mas sujetos á ella los varones que las hembras.

»*Constitucion.—Temperamento.*—Nada puede decirse en general acerca del grado de influencia de las condiciones orgánicas: hemos observado ya que la enfermedad ataca, si no con preferencia á lo menos muy frecuentemente, á los sugetos mas robustos, por ejemplo á los recien llegados á las poblaciones grandes y que no han tenido tiempo todavia de debilitarse por los trabajos, los escesos y la miseria.

»*Contagio.* — Algunos médicos, principalmente de los que ejercen en el campo y en los pueblos pequeños, estan convencidos de que la fiebre tifoidea se trasmite por contagio; pero es mayor el número de los que rechazan esta opinion: Chomel dice que por cada uno de los primeros hay 100 de los segundos (*loc. cit.*, p. 318). Empezaremos por los hechos que se han alegado por los partidarios del contagio, y despues manifestaremos los argumentos de sus adversarios.

»Bretonneau es uno de los que han sostenido con mas talento la trasmision de la dotinenteria por medio del contagio (*Notice sur la contagion de la dothienenterie*; *Arch. gén. de méd.*, t. XXI, p. 57; 1829). «Todos los que han observado la fiebre tifoidea en los pueblos y aldeas, convienen en que se hace en ellas epidémica, á la manera que las afecciones contagiosas. Importada muchas veces á una cabaña, se la ve pasar del individuo atacado á alguno de los que le cuidan; en seguida se trasmite de la familia afectada á otra, y generalmente se observa que no se comunica á las familias mas inmediatas, sino á las que han tenido relaciones mas íntimas y frecuentes con los enfermos.» Bretonneau, de quien copiamos este pasage, apoya su doctrina en hechos numerosos y convincentes. Manifiesta que la enfermedad se ha trasmitido por contagio, no solo en el colegio de la Fleche, en Château de Loir, en Vendome y en otras partes, sino hasta en Paris; y si los hechos que refiere en favor de la naturaleza contagiosa de la fiebre tifoidea que con tanta frecuencia observamos en este último punto, no son tan decisivos como los demas, merecen sin embargo llamar la atencion de los médicos. Los que ejercen en las grandes poblaciones no pueden notar tan bien la trasmision por contacto, como los que ejercen en el campo. «Las familias de los trabajadores son numerosas y viven aglomeradas, durmiendo en una misma cama todos los chicos y sin tener muchas veces mas que una sola habitacion para las diferentes necesidades de la vida; descuidan completamente la limpieza, y se acumulan los parientes y los vecinos para cuidar al que enferma con un celo admirable, pero cuyas consecuencias son casi siempre deplorables. Esta circunstancia, mas que ninguna otra, contribuye á la propagacion de la epidemia. Opuestas enteramente á estas son las condiciones que se observan en las poblaciones grandes y particularmente en Paris» (*Notice sur la contagion de la dothienenterie*, leida en la Academia de medicina y publicada en *Arch. gén. de méd.*, t. XXI, p. 65, año 1829). Añadiremos á esto, que si se preguntase con cuidado á los enfermos que entran en nuestros hospitales, se descubriria quizá, que si los obreros, particularmente los recien llegados á Paris, son atacados con mas frecuencia, depende de que estan en comunicacion muy directa con sus compañeros y habitan con ellos en cuartos estrechos y mal sanos.

»Leuret ha escrito igualmente en favor de este modo de propagacion (*Mémoire sur la dothienenterie observée à Nancy*, etc.; *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 161). Gendron ha tratado de asentar «que la causa real de la enfermedad es por lo comun una trasmigracion de aldea en aldea, que se renueva á consecuencia de visitas imprudentes» (*Dothienenteries observées aux environs de Château du Loir*; *Arch. gén. de méd.*, t. XX, p. 185 y 361; 1829). La nueva memoria que el mismo autor ha publicado despues, contiene datos importantes acerca de las causas de las epidemias de fiebre tifoidea, y de ella sacaremos los principales pormenores que vamos á esponer (*Recherches sur les epidemies des petites localités*; *Journ. des con. méd. chir.*, p. 192, 225 y 295; 1834). Gendron refiere con mucho cuidado las diferentes circunstancias que preceden y acompañan al desarrollo de la dotinenteria en las aldeas y pueblos, en una palabra, en las poblaciones pequeñas, donde es fácil averiguar quienes fueron los primeros enfermos, y cuál la causa productora del mal; y dice que se trasmite siempre de los cuatro modos siguientes: «1.º *por contagio directo inmediato*, cuando cuidan al enfermo sus parientes, amigos ó enfermeros, con todos los cuales tiene relaciones directas; 2.º *por contagio directo mediato*, que es lo que sucede respecto de los sugetos que viven en la atmósfera de los enfermos; 3.º *por contagio indirecto mediato*, que es el que se verifica cuando los que contraen el mal no han tenido ninguna relacion con los enfermos, pero comunican mas ó menos frecuentemente con los que los cuidan ó visitan (mem. cit., p. 300); 4.º *por contagio indirecto inmediato*, cuando se contrae la enfermedad por haber tocado los efectos que han servido á los enfermos, llevado sus vestidos ú ocupado sus camas» (mem. cit., p. 301). El primer modo de contagio es el

mas poderoso de todos. Observa Gendron, que las epidemias de fiebre tifoidea tienen evidentemente su origen en la importacion de la enfermedad y son efecto y no causa del contagio. Cuando no se demuestra esta importacion, la enfermedad se propaga tan constantemente de los primeros enfermos á los que los cuidan, que es imposible desconocer la influencia contagiosa, la cual es tanto mas activa, cuanto mas numerosos los enfermos y mas frecuente y fácil la comunicacion con ellos. Siempre que aparece de nuevo alguna epidemia de dotinenteria, esta recrudescencia no depende de la insalubridad local, sino de la importacion del mal y de comunicaciones sospechosas. Una dotinenteria aislada, aun suponiendo que se haya desarrollado espontáneamente, puede muy bien propagarse, y en ocasiones la trasmiten los convalecientes. Los que han sido atacados de esta enfermedad una vez, no vuelven á contraerla jamás, sino que quedan para siempre preservados de ella. Algunos individuos parecen ser refractarios al contagio; pero estos hechos son escepcionales, y las inmunidades que se observan son efecto de inaptitud adquirida ó de disposiciones particulares é inesplicables, de que ofrecen tambien ejemplos las demas enfermedades contagiosas.

»Las opiniones que desarrolla Gendron en sus memorias han sido defendidas por otros médicos, y entre ellos por Putegnat (*Gaz. méd.*; 1837) y por Letalenet en una memoria leida en la Academia de medicina (1837) y que ha tenido á bien comunicarnos. Este autor no cree que la fiebre tifoidea sea siempre contagiosa, y observa que en una misma epidemia se pueden encontrar diferentes grados de la afeccion y hasta un simple estado tifoideo, que pone no obstante á los enfermos á cubierto de los ataques del mal. El período de incubacion ofrece una duracion variable de ocho á quince dias (nota comunicada).

»Lombard y Fauconnet se declaran partidarios del contagio de la fiebre tifoidea, y aseguran que todos los hechos que han observado militan en favor de su opinion (mem. cit., página 394). Estos autores han podido seguir la trasmision de la enfermedad por los asistentes de los enfermos y por los parientes y amigos de estos, etc. Sin embargo, no vacilan en decir, que cierto número de fiebres tifoideas se desarrollan espontáneamente. «Las investigaciones que hemos hecho, ya en nuestra práctica particular, ya en el hospital, nos han demostrado que en las nueve décimas partes de los casos se podia comprobar que los enfermos se habian espuesto á contraer el mal de un modo contagioso; al paso que era muy corto el número de aquellos en quienes parecia haberse desarrollado espontáneamente» (Lombard y Fouconnet, *loc. cit*). Louis apoya tambien con su autoridad la doctrina del contagio, la cual le parece demostrada por los hechos (ob. cit., t. II, p. 375 y 377). Gaultier de Claubry es de la misma opinion (*De l'identité*, etc. p. 346 y sig.).

»De los diferentes trabajos publicados en favor del contagio resulta: 1.º que la fiebre tifoidea es contagiosa ó espontánea; 2.º que es contagiosa en alto grado, como las viruelas, el sarampion, la escarlatina y aun la peste; 3.º que tiene un periodo de incubacion de duracion variable; 4.º que libra de contagiarse de nuevo á los que ya la han padecido una vez, sin que haya ejemplo de recidiva en esta enfermedad. Los defensores del contagio añaden todavia algunos argumentos: 5.º los sugetos que no estan aclimatados por una permanencia bastante prolongada en las poblaciones grandes, y que no han pagado su tributo á este cambio en sus condiciones higiénicas, contraen la enfermedad mas fácilmente que los que se encuentran en circunstancias diferentes; 6.º la fiebre tifoidea puede adquirir la propiedad de ser contagiosa, constituyendo entonces el tifus (V. TIFUS), bajo el imperio de ciertas influencias que estudiaremos mas adelante. Los que admiten la identidad de estas dos enfermedades pueden aceptar este argumento y darle todo su valor; pero no les sucederá lo mismo á los que las suponen diferentes, pues ven precisamente en la naturaleza contagiosa del tifus una prueba evidente de la no identidad de ambas afecciones (V. TIFUS).

»Vamos ahora á examinar uno por uno los argumentos aducidos en contra del contagio, y asi podremos esponer la doctrina de los que no le admiten, entre los cuales se cuentan todos los médicos de Paris. En los hospitales de la capital no se ve trasmitirse la enfermedad de un sugeto á otro. «Fuera de los hospitales, dice Andral, ¿qué circunstancias mas favorables al contagio, que las que se reunen en los discípulos de medicina que cuidan á sus compañeros enfermos de fiebre tifoidea? Reunidos en una habitacion poco espaciosa, les prodigan noche y dia los cuidados mas asiduos y afectuosos; de modo que si la enfermedad fuese contagiosa, casi todos deberian contraerla, y sin embargo no recordamos haberla visto desarrollarse de este modo en un sugeto sano» (*Clin. méd.*, t. I, p. 486) Chomel, que no se decide terminantemente acerca de esta cuestion, observa no obstante que la fiebre tifoidea es muy rara en los hospitales, en que suelen venir enfermos nuevos á ocupar las camas abandonadas por otros que han tenido la dotinenteria; ni se ve que la contraigan los discípulos, los médicos, ni los enfermeros que rodean sin cesar á los pacientes atacados de este mal, ó por lo menos son muy raros los casos de esta especie que se observan, si efectivamente hay alguno.

»Despues de haber pesado Chomel las razones que se han dado en favor y en contra del contagio de la fiebre tifoidea, saca las conclusiones siguientes: «La opinion adoptada por la

mayor parte de los médicos franceses de que la afeccion tifoidea no es contagiosa, no puede admitirse como cosa demostrada; aunque parece que si se comunica por contagio, es en un grado muy débil y concurriendo circunstancias que todavia no estan bien determinadas. Pero si ulteriores observaciones demostrasen en el tifus lesiones anatómicas semejantes á las que se encuentran en la fiebre tifoidea, seria indudable la identidad de estas dos afecciones y quedaria resuelta la cuestion del contagio» (*loc. cit.*, p. 339). Por nuestra parte creemos que no conviene decidirse en un solo sentido, pues es efectivamente imposible prescindir de los numerosos hechos de contagio observados por los médicos que ejercen en los pueblos pequeños; y por otra parte no se puede desconocer, cuán raros son los casos de fiebre tifoidea en las mismas condiciones en que precisamente deberia causar mayores estragos si fuese muy contagiosa, como por ejemplo en los pueblos grandes y en los hospitales. Debemos sin embargo observar, que la fiebre tifoidea podria hacerse contagiosa, si fuesen muchos los enfermos atacados de ella, si estuviesen reunidos en sitios estrechos y mal ventilados, ó debilitados por la miseria, por privaciones y el escesivo cansancio, ó agoviados por pesadumbres; en una palabra, si las condiciones higiénicas fuesen precisamente las que producen el tifus. De la fiebre tifoidea puede decirse, como de otras enfermedades, que aunque no goce de propiedades eminentemente contagiosas cuando ataca á individuos aislados, es susceptible de adquirir esta cualidad bajo la influencia de circunstancias particulares que la hagan epidémica. Siendo en nuestro sentir el contagio el producto de la elaboracion por el organismo, de un agente morbífico, no es difícil que este se desarrolle cuando una enfermedad no contagiosa adquiera mucha intension por cualquier motivo: en esto consiste quizá toda la diferencia entre la fiebre tifoidea y el tifus. Esta diferencia se manifiesta de un modo muy marcado entre la peste esporádica y la epidémica; porque mientras que la primera no se trasmite nunca cuando reina en algun punto, la segunda por el contrario es en concepto de casi todos los médicos la única contagiosa. Prus ha puesto este hecho fuera de duda por las numerosas observaciones que cita en su notable *Rapport sur la peste et les quarentaines* (en 8.º; Paris, 1846).

»*Infeccion.*—La aglomeracion de los hombres en las poblaciones grandes se ha considerado como causa favorable al desarrollo de la dotinenteria, y se ha tratado de apoyar esta opinion en la frecuencia de semejante enfermedad en los recien llegados á Paris, y en los obreros que habitan en número de cuatro, ocho y aun mas, en cuartos pequeños y mal ventilados, en los que permanecen toda la noche. La perniciosa influencia del aire no renovado se ejerce principalmente del modo mas evidente en las cárceles, en los navios, en las ciudade sitiadas, en una palabra, en todas las circunstancias en que se acumulan los hombres en locales insuficientes. Los que no encuentran diferencia alguna entre la fiebre tifoidea y el tifus, apoyan el origen infectante de la dotinenteria en los hechos que prueban el desarrollo del tifus por infeccion: no hay, dicen, otra diferencia que la que emana de la intension de las causas. Podrian hacerse muchas objeciones á los que sostienen esta opinion; pero las pasaremos en silencio, porque habriamos de entrar en largas discusiones acerca de la teoria de la infeccion.

»*Epidemia.*—Todos los médicos que observan en los hospitales y en las poblaciones grandes, saben que en ciertas épocas se hacen tan frecuentes las fiebres tifoideas, que inducen á creer que la constitucion atmosférica entra por mucho en el desarrollo de la enfermedad. Nos parece imposible en el estado actual de la ciencia resolver esta cuestion de otro modo, que por suposiciones y analogias mas ó menos probables. Diremos solamente que la influencia de las constituciones epidémicas se apoya en los hechos que hemos citado de distinta mortandad en ciertas épocas.

»*Estaciones.* — Lombard y Fauconnet han confirmado recientemente con nuevas investigaciones una proposicion que uno de ellos habia ya emitido, á saber: que el máximum de las fiebres tifoideas ocurre en otoño y el mínimum en la primavera; mientras que el máximum de las fiebres biliosas corresponde al estio y el mínimum al invierno, es decir, que el calor hace un papel importante en la produccion de la fiebre biliosa, y que el frio ejerce una influencia contraria. El influjo del verano en la fiebre tifoidea está en segundo lugar, y en tercero el del invierno. Sin embargo, estos mismos autores observan que en los seis meses mas cálidos del año se presentan mas fiebres tifoideas que en los seis meses mas frios (mem. cit., p. 593).

»Examinando los 147 casos distribuidos por Chomel en los diferentes meses del año, se encuentran 104 enfermos y 31 muertos en los seis meses mas frios, y 43 enfermos y 16 muertos en los seis mas cálidos (p. 446). Estos resultados estadísticos son opuestos á los obtenidos por Lombard y Fauconnet. Los 183 casos observados por Forget fueron 38 en primavera (marzo, abril y mayo), 49 en verano (junio, julio y agosto), 60 en otoño (setiembre, octubre y noviembre), y 36 en invierno (diciembre, enero y febrero); de modo que la frecuencia de la fiebre tifoidea en las cuatro estaciones parece estar en el orden siguiente: otoño, verano, primavera é invierno (ob. cit., p. 451). Este resultado concuerda con el obtenido por Chomel; pues si se reunen los seis meses mas frios del año componen 96 casos, y los seis mas cálidos 87. Diremos no obstante que no se puede dar mucha importancia á estos datos; porque son demasiado numerosas y diferentes las

causas que obran al mismo tiempo que el rigor de la estacion en los desgraciados que acuden por lo comun á los hospitales, para que podamos dar á cada una su valor. Y para no hablar mas que de algunas, la miseria y toda especie de privaciones ocasionadas por la falta de trabajo, la aglomeracion en que viven los obreros ¿no son otras tantas causas que intervienen al mismo tiempo que la estacion rigurosa y son harto mas funestas que la influencia atmosférica?

»Nada se sabe de positivo acerca de la accion que ejercen los climas. Verdad es que se ha dicho que la enfermedad reinaba con mas frecuencia durante el estio en los paises meridionales; mas para que pudiera tenerse esto por cierto, hubiera sido preciso eliminar muchas fiebres que se han calificado indebidamente con el nombre de tifoideas.

»*Aclimatacion.* — Louis ha estudiado muy bien los efectos de la permanencia mas ó menos prolongada en las ciudades, y ha visto que «de 73 sugetos que llevaban de permanencia en Paris de dos semanas hasta seis meses, murieron 28, ó sea mas de la tercera parte; mientras que de 56 que habian permanecido mas tiempo fallecieron 16, ó mucho menos de la tercera parte. Chomel ha notado tambien una ligera diferencia en la mortandad, favorable asimismo á los que estan mas aclimatados (*loc. cit.*, pág. 429). Reconociendo con este autor «que se necesitan nuevas y mas numerosas investigaciones para obtener resultados positivos» (p. 430), consideramos como mas espuestos á contraer la fiebre tifoidea á los recien llegados á las poblaciones grandes, y á los que pasan mucha parte del dia en reuniones muy numerosas en una atmósfera no renovada.

»*Antagonismo.*—Boudin ha sido el primero que ha tratado de asentar que el organismo opone mucha resistencia al desarrollo de ciertas enfermedades, cuando ha estado sometido por algun tiempo á influencias pantanosas que han podido modificarle. Este infatigable observador ha reunido muchos datos en apoyo de su opinion. En su nueva *Geologia médica* (cuaderno en 8.º; Paris, 1845) sostiene con empeño: 1.º que la tisis pulmonal y la fiebre tifoidea son en igualdad de circunstancias mas raras en los parages pantanosos; 2.º que los sitios en que son mas frecuentes estas dos enfermedades son notables por contraerse en ellos rara vez calenturas intermitentes (*Etudes de Geographie médicale*, pág. 22, en 8.º; Paris, 1846). Nepple dice haber visto «que la tisis tuberculosa y las escrófulas son las dos enfermedades que atacan mas rara vez á los habitantes de las inmediaciones de los pantanos de Bresse (*Essai sur les fièvres intermittentes*, página 14, en 8.º; Paris, 1828). Por lo que hace á la fiebre tifoidea no le permiten sus observaciones responder al llamamiento científico de Boudin» (*Lettres ecrites à l'Academie des sciencies*; Tours, 1843). Brunache es el que ha reunido mas argumentos, para probar que existe un antagonismo entre la fiebre tifoidea y la tisis por una parte, y las fiebres intermitentes por otra, en los sitios pantanosos (*Recherches sur la pthisie pulmonaire et la fièvre tiphoïde, etc.*, disert. inaug. y *Journ. de méd.*, 1844). El opúsculo en que nos parece que ha estudiado Boudin con mas detenimiento esta cuestion se titula *Etudes de géologie médicale*. Vamos á copiar testualmente las conclusiones con que termina este concienzudo trabajo, ya que nos sea imposible estractar los numerosos argumentos que contiene, y las objeciones que hace á sus adversarios. Hé aqui sus principales proposiciones: 1.º Las localidades en que la causa productora de las fiebres intermitentes endémicas imprime al hombre una modificacion profunda, se distinguen por la circunstancia de escasear en ellas la tisis pulmonal y la fiebre tifoidea.

»2.º En las localidades donde abundan mucho la fiebre tifoidea y la tisis, se observa que las fiebres intermitentes contraidas en ellas son raras y poco graves.

»3.º La desecacion de un sitio pantanoso ó su conversion en estanque, al paso que hace desaparecer ó disminuir las enfermedades propias de tales sitios, dispone el organismo á una patologia nueva, en la cual se observan la tisis pulmonal, y segun la posicion geográfica del sitio, la fiebre tifoidea.

»4.º El hombre que permanece en un pais muy pantanoso, adquiere una inmunidad contra la fiebre tifoidea, cuyo grado y duracion estan en razon directa y compuesta: 1.º de la duracion de la permanencia anterior; 2.º de la intension con que se manifiestan las fiebres de los pantanos consideradas bajo la doble relacion de la forma y del tipo; lo que en otros términos significa que la permanencia en un pais en que reinan fiebres intermitentes y continuas, tal como ciertos puntos del litoral de la Argelia y el centro de los paises pantanosos de la Bresse, es mas preservadora contra las enfermedades de que se trata, que lo seria, por ejemplo, la permanencia en la embocadura fangosa del Bievre en Paris (mem. cit., p. 76).

»Dadas ya á conocer las ideas de Boudin, nos restaria oponerlas ciertos hechos y algunos argumentos, que á nuestro parecer destruyen la doctrina del antagonismo; pero ya hemos formulado estas objeciones al tratar de la tisis pulmonal (V. esta enfermedad).

»En cuanto á las demas causas de la fiebre tifoidea, nos limitaremos á enumerarlas; pues son tan inciertas, que solo pueden hacer el papel de causas predisponentes. Entre ellas deben contarse la insalubridad y la insuficiencia de los alimentos, toda especie de escesos y los trabajos escesivos de cuerpo y de espíritu. Louis divide sus enfermos segun que ejercen ó no un arte para el que haya que ejecutar esfuerzos grandes; pero la diferencia es tan corta, que no merece notarse (p. 335). Chomel admite como Louis, que las causas asignadas á

las fiebres tifoideas no tienen la importancia que les han atribuido algunos autores, sin que haya siquiera una que pueda considerarse como determinante. Con este motivo recordaremos que la preñez no preserva absolutamente de la enfermedad.

»Parécese esta bajo muchos aspectos á las fiebres eruptivas; como ellas, ataca una sola vez, y si no se quiere admitir que depende de un miasma contagioso, hemos de decir al menos que su origen nos es completamente desconocido.

»TRATAMIENTO.—Las medicaciones que nos proponemos estudiar mas especialmente son las siguientes: 1.º la *antiflogística*; 2.º la *evacuante*, que comprende los vomitivos y los purgantes; 3.º la *tónica* y *estimulante*; 4.º la llamada *específica*; 5.º la *espectante*; 6.º la *racional, de las indicaciones* ó *ecléctica*, como la llaman algunos autores. No queremos entrar de lleno en las interminables discusiones que se han empeñado sucesivamente en favor de ciertas medicaciones; nuestro principal objeto es darlas á conocer, y cuando tratemos de la medicacion racional, diremos en qué casos deben emplearse con especialidad.

»1.º *Medicacion antiflogística*.—Dos modos diferentes hay de dirigir el tratamiento antiflogístico: 1.º combatir el mal con sangrias moderadas, segun las indicaciones que se formen ó las ideas teóricas que tenga cada uno acerca de la naturaleza de la fiebre tifoidea; 2.º seguir en el tratamiento una fórmula, no fija é inflexible, como sin razon se dice; pero que por lo menos tiene por objeto sacar mucha sangre en un tiempo bastante corto y bien determinado.

»A. *Sangrias moderadas ó dispuestas segun indicaciones especiales*.—Casi todos los antiguos han recurrido á las emisiones sanguíneas en cantidades variables. En cuanto á los modernos, la mayor parte no las usan mas que en algunos casos muy especiales. Louis, Chomel y Andral, casi han renunciado enteramente á ellas, á no ser en los casos en que se presenta alguna indicacion especial que llenar. Andral termina sus concienzudos estudios acerca de los efectos del tratamiento antiflogístico, diciendo: que de 80 enfermos solo 16 tuvieron un alivio notable; que en todos los demas casos la enfermedad solo se mejoró algun tanto, cuando la época de la sangria coincidia con el alivio que propendia á establecerse de una manera espontánea; que en 34 enfermos siguió el mal su curso, y que en otros 24 hubo una exasperacion de todos los síntomas despues de la sangria» (*Clin. méd.*, p. 664). El mismo observador ha declarado á la academia de medicina, que las emisiones sanguíneas á altas dosis habian producido á su modo de ver resultados perniciosos.

»Louis ha sacado consecuencias análogas de sus propias investigaciones, observando: que el efecto inmediato de las emisiones sanguíneas sobre los fenómenos tifoideos es nulo; que las sangrias moderadas tienen mejores resultados que las abundantes y repetidas unas tras otras; que practicadas dos veces en los diez primeros dias pueden abreviar algo su curso; que han sido perjudiciales hechas por primera vez en abundancia despues del dia veinte; que de 81 sugetos que tuvieron síntomas graves y fueron sangrados, murieron 39, y que de 28 que se encontraban en el mismo caso y no fueron sangrados, murieron 10 (*loc. cit.*, t. II, p. 387 y siguientes).

»Forget, que rechaza abiertamente todas las fórmulas de tratamiento, «tanto mas peligrosas, cuanto que afectan pretensiones de una esactitud de que carecen» (ob. cit., página 739), se atiene en último resultado «como principio general en cuanto á la sangria, al método puramente sintomático de los antiguos» (p. 743). Quiere que se sangre en el primer septenario, cuando el pulso es fuerte y resistente, la reaccion general intensa y la forma inflamatoria; en una palabra, nada hay en sus indicaciones que no puedan aceptar los que defienden el uso racional de la sangria. Observaremos únicamente, que los síntomas en que ve Forget pruebas de inflamacion, y que considera como otras tantas fuentes de indicaciones para la sangria, no son, como hemos probado ya en el curso de este artículo, mas que manifestaciones piréticas ó de otra naturaleza, pero que no indican de modo alguno la existencia de la inflamacion (V. NATURALEZA). Solo citaremos dos ejemplos. Sea el primero la forma inflamatoria; la cual no es otra cosa que un modo de ser del organismo, que existia ya antes de la fiebre tifoidea, y que sin cambiar en nada el fondo de la enfermedad, le da cierta forma. Para segundo ejemplo tomaremos las mismas lesiones intestinales, cuya naturaleza flegmásica es mas que dudosa. «De cualquiera manera que sea, dice Grissolle hablando de la terapéutica establecida por Forget, no se deduce de los resultados obtenidos que haya sido útil la sangria, puesto que la mortandad general ha sido próximamente uno de cada cuatro y algo mayor (uno de cada tres) en los que fueron sangrados, aunque en mucho mas de la mitad de los casos (70 por 52) la enfermedad era leve ó de mediana intension» (*Traité elem. de patholog.*, t. I, p. 43, en 8.º; Paris, 1844).

»B. *Sangrias abundantes*.—Botal, Sidenham y Chirac, que se consideran como los promovedores por escelencia de las sangrias abundantes en el tratamiento de las fiebres, han preconizado sus felices resultados. «En una fiebre grave, dice Botal, es necesario, al dia siguiente ó al fin del primer dia, sacar una libra de sangre de la vena, ó mas aun si este líquido está impuro y el sugeto tiene regulares fuerzas. Cinco ó seis horas despues, cuando la fiebre continúa en el mismo grado ó se aumenta, se sacan seis ó diez onzas si la sangre perma-

nece alterada. Si al dia siguiente se observa una epistaxis y persiste la fiebre, se saca todavia media libra de sangre ó aun mas, teniendo en consideracion la gravedad del mal y la replecion de las venas. Por último, se repite la sangria al dia siguiente, haya continuado ó no la epistaxis, si prosigue la fiebre con igual violencia» (*Opera omnia*, p. 155).

»Hé aqui el modo como acostumbraba Sidenham sangrar á sus enfermos: «Desde luego los hacia sangrar del brazo, con tal que no estuviesen muy débiles, y sobre todo si no eran muy viejos, y reiteraba la sangria de dos en dos dias, á menos que notase signos de curacion que me lo impidiesen.» Despues daba bebidas demulcentes y lavativas, y mandaba al enfermo levantarse durante algunas horas del dia (*Méd. prat.*, trad. de Jault, en 8.º; Montpellier, 1816). Nada diremos de esta última parte, que solo por el gran nombre de Sidenham ha podido libertarse de la censura que merece.

»Chirac, partiendo de la idea de que la causa de la fiebre maligna es la sangre inspirada, cuajada ó grumosa, cree que no hay mejor medio de volverla á disolver, que sangrar mucho y repetidas veces. Dice Bordeu que los partidarios de este método «no cesaban de prometer resultados maravillosos de las sangrias; pero los hechos no correspondian á sus ofertas» (ob. cit., t. I, p. 402). Facil nos seria poner á Chirac en contradiccion consigo mismo, manifestando como se declara sucesivamente celoso promovedor de los purgantes y de las sangrias, y aun podriamos decir otro tanto de muchos médicos del último siglo, que al lado de las indicaciones teóricas seguian á menudo los consejos que les habia sugerido la observacion clínica.

»Bouillaud ha tratado de determinar de un modo mas rigoroso que se habia hecho antes de él, las dosis de sangre que conviene sacar y las épocas en que se ha de hacer la sangria. Reproduciremos literalmente las palabras de que se sirve para dar á los prácticos una idea esacta del tratamiento por las *sangrias suficientes*, recordando ante todo que las dosis varian segun la gravedad de los casos, la época mas ó menos lejana del principio, la fiebre, la edad, el sexo, las complicaciones, etc.

«*Fórmula de la sangria para los casos graves y gravísimos.*-Cinco ó seis sangrias de nueve á doce onzas en el espacio de tres ó cuatro dias. Los casos de estraordinaria gravedad, principalmente si los sugetos son fuertes y vigorosos, podrán exigir una ó dos sangrias mas, y por el contrario los menos graves podrán ceder á cuatro ó cinco sangrias. En una série de casos graves y gravísimos resumidos en mi *Clínica médica*, la cantidad de sangre que se sacó fue por término medio de cinco libras, el máximum siete libras y el mínimum tres libras.» Se practica por mañana y tarde la sangria general, y en medio del dia se saca la cantidad que se quiere, ya por ventosas escarificadas en el vientre, ya por medio de sanguijuelas, cuando los enfermos no quieren dejarse poner las ventosas.

«*Fórmula para los casos de mediana gravedad.*—Tres, cuatro ó cinco sangrias de la dosis indicada, hechas una tras de otra. En una série de 13 enfermos el término medio de la sangre sacada fue de tres libras, el máximum cinco libras y el mínimum dos libras.»

«*Fórmula para los casos leves.*—Dos ó tres sangrias de la misma dosis que en los otros dos órdenes de casos. En los muy leves se puede algunas veces prescindir enteramente de las emisiones sanguíneas. Por punto general asociamos las sangrias locales con las generales en la proporcion de una á dos ó de una á tres. La asociacion de estas dos especies de sangrias en dichas proporciones, que por otra parte se pueden variar sin notable inconveniente, nos parece muy útil. En los casos graves y medianos hacemos practicar las tres primeras sangrias (dos generales y una local) en las primeras veinticuatro horas. La sangria general se prescribe ordinariamente en la visita de la tarde del dia de entrada, y la local al dia siguiente por la mañana; no obstante, algunas veces se practican una y otra el segundo dia de la admision. El tiempo en que conviene hacer las evacuaciones sanguíneas es el primer septenario ó sea el período esencialmente inflamatorio de la enfermedad, agregándole los dos ó tres primeros dias del segundo período.» Hace algunos años que Bouillaud ha renunciado casi enteramente á las emisiones sanguíneas, cuando los fenómenos tifoideos predominan sobre los inflamatorios, «y atendida esta circunstancia y la fecha de siete á nueve dias y aun mas de la enfermedad, sobre todo si ha empezado con violencia, se puede creer que se han formado ya ulceraciones mas ó menos numerosas, con sus acompañamientos conocidos. Renunciamos, añade, con tanta mas facilidad á las emisiones sanguíneas, cuanto que por una parte estan formalmente contraindicadas, porque favorecerian la absorcion séptica que se verifica en este período, y por consiguiente la infeccion de la sangre; y ademas no seria posible insistir bastante en su uso, para que fuesen realmente eficaces contra el trabajo inflamatorio, que todavia persiste, ya en el órgano primitivamente afecto, ya en los sistemas que han podido afectarse secundariamente» (*Traité de nosogr., loc. cit.*, página 144 y sig.; *Clin. méd.*, p. 334).

»No pensamos reproducir todas las graves objeciones, que se pueden hacer fundadamente contra las emisiones sanguíneas empleadas en la fiebre tifoidea. Mas adelante, cuando estudiemos la naturaleza de la enfermedad, manifestaremos que las sangrias, sean locales ó generales, son peligrosas y casi siempre perjudiciales, aunque se hagan al principio; por lo que estamos muy distantes de admitir con Bor-

deu, que «cuando se practican en el período llamado de irritacion ó en los primeros tiempos de las fiebres, rara vez perjudican, con tal que las consientan las fuerzas del pulso, y que la cantidad de sangre estraida no pase de cierto grado.» Si se ha preconizado su eficacia, ha sido porque «es muy difícil distinguir bien las sangrías útiles y necesarias de las dañosas é indiferentes» (Bordeu, *loc. cit.*, pág. 403). ¡Cuántas curaciones pudieran contarse en que por fortuna no habrá hecho la sangría mas que ser *indiferente!*

»*Los demas agentes de la medicacion antiflogística* son: 1.° las bebidas refrigerantes, y sobre todo las acídulas, la limonada, la naranjada, el agua de grosella, de cereza, la de Seltz, la de goma, etc.; 2.° *las lavativas simples* emolientes, puestas todos los dias, y aun dos ó tres veces al dia, ó bien preparadas con el almidon, con el cocimiento de adormideras, ó con algunas gotas de láudano; las de aceite de almendras dulces, de mucílagos gomosos, etc.; 3.° *los fomentos y las cataplasmas* emolientes, que son de mucha utilidad; 4.° *los baños tibios* en los casos en que está sumamente seca y caliente la piel.

»2.° *Medicacion evacuante.*—Casi todos los médicos del último siglo, aun los que preconizan la sangría, han recurrido tambien á los eméticos y á los purgantes. Sydenham, á quien sin saber por qué se acostumbra incluir entre los sectarios de la sangría, recomienda tambien los vomitivos. «Despues de la primera sangría, cuando me parece necesaria en los casos antes mencionados, me informo con cuidado de si el enfermo ha vomitado ó tenido ganas de vomitar al principio de la fiebre, y si veo que sí, prescribo en seguida un emético» (*loc. cit.*, t. I, p. 27). Manifiesta este autor las ventajas de semejante medicacion, que empleaba en todos los períodos de la enfermedad (p. 29). Daba el emético el duodécimo dia de la fiebre, y no vacila en decir que le prescribiria aun mas tarde, si lo permitiesen las fuerzas del enfermo (p. 317). Nadie ha conocido ni descrito mejor que Sydenham los efectos de los purgantes, á los cuales recurria en ciertas epidemias de fiebres malignas (t. I, p. 224 y 377). Chirac, aunque tan partidario de la sangría, propone tambien una fórmula que consiste en dar el emético primero en dosis de vomitivo y despues en lavativa cada segundo dia. Forget ha demostrado en sus interesantes citas, que los autores que mas preconizaron las sangrías, recurrieron todos al método evacuante (*loc. cit.*, p. 630 y sig.).

»Entre los médicos que se declararon en favor del método evacuante, citaremos con particularidad á Lázaro Riverio, Sydenham, Huxham, Pringle, Fed. Hoffman, Baglivio, Roederer y Wagler, Stoll, Tissot, Lepecq de la Clôture, Sarcona y Pinel. Nos seria imposible indicar las diferentes modificaciones que cada autor introducia en su terapéutica, las cuales regularmente eran dictadas mas bien por la teoría que por la práctica. No obstante, preciso es confesar que señalaron con el mayor cuidado todas las indicaciones generales y particulares, y que los autores contemporáneos han añadido poco á lo que ya se sabia. En Inglaterra se ha continuado mucho tiempo administrando los purgantes, que son la base del tratamiento que ha recibido el nombre de *método de Hamilton*. El doctor Herwett de Lóndres les atribuye mucha eficacia (*Journal des progrés des sciences médicales*, t. I, p. 74; 1827). En Francia los han usado á menudo Lherminier en el hospital de la Caridad, y Bretonneau, quien ha tratado de restablecer el uso de los purgantes salinos durante el período de ulceracion. Por último, son el único modo de tratamiento que usan de Larroque y sus discípulos, y no hay duda que tambien le prefieren la mayor parte de los médicos de los hospitales de Paris.

»Persuadido de Larroque de que la enfermedad es *una*, y de que el tratamiento debe ser siempre uno mismo, somete á todos los enfermos á un método idéntico. Al principio prescribe de uno á dos granos de tártaro estibiado, cualquiera que sea el aspecto de la lengua y la forma de la enfermedad; al dia siguiente manda una botella de agua de Sedlitz de una onza, y continúa haciéndola beber al enfermo mientras dura el estado febril. Dice que si se suspende la administracion de los purgantes, se detienen muy luego las deposiciones alvinas y vuelven á presentarse ó se aumentan los accidentes tifoideos. Cuando los enfermos tienen cólicos ó superpurgaciones, se cesa de dar él purgante por veinticuatro horas. «El ruido de los líquidos que se siente comprimiendo el abdomen es el signo que mejor indica la necesidad de administrar los laxantes, y es raro que se venzan los síntomas generales mientras persista semejante fenómeno. A medida que se mejora el estado general, se puede interrumpir de tiempo en tiempo los evacuantes inferiores; pero en general es necesario continuar usándolos, hasta que se haya vencido completamente la enfermedad. No es posible fijar de otro modo la época en que debe pasarse á otro método» (mem. cit., p. 127). La cesacion de la fiebre, del gorgoteo intestinal y de los fenómenos tifoideos, anuncia el restablecimiento.

»La ipecacuana puede remplazar al tártaro emético, y cuando el agua de Sedlitz ó de Pulna repugna mucho á los enfermos, se administra el aceite de ricino (una á dos onzas), los calomelanos (8 á 20 granos), el cremor tártaro, y mas rara vez las sustancias resinosas, cuya accion pudiera ser dañosa. Hácia el fin de la enfermedad, cuando ha disminuido mucho la fiebre, procura de Larroque reanimar las fuerzas abatidas por medio de los tónicos y de alimentos nutritivos. Los tónicos que prefiere son el vino quinado y la infusion de angélica; usa

tambien el almizcle, el alcanfor y algunos narcóticos, para que cesen el insomnio y los movimientos espasmódicos (mem. cit., p. 132). El cocimiento de cebada con miel y la limonada son las únicas bebidas que da á los enfermos, prescribiendo un looc con kermes en los casos de infarto pulmonal. El tratamiento tiene tanto mejor éxito, cuanto mas al principio del mal se han sometido á él los enfermos. La duracion de la calentura es de diez dias próximamente, y la mortandad de una décima parte (mem. cit., p. 131).

»Desde que de Larroque preconizó los evacuantes, los han administrado muchos médicos con éxito feliz. Entre los que han dado á conocer el resultado de su práctica, citaremos á Piedagnel (*Memoria leida á la Academia francesa de medicina*, *sesion del 24 de marzo* 1835); á Videcoq (*Observations et reflexions sur l'emploi des purgatifs*, tésis número 56, en 4.º; Paris, 1835; y *Journ des conn. méd. chir.*, número 11, agosto, 1835): á Grissolle (*Traité elementaire de pathologie*, t. I, p. 48) á Bean (tés. cit., 1836), á Bazin (tés. cit.), á Valleix (tés. cit. de Queval, *Du traitement de la fievre typhoïde*, n.º 174, p. 37 en 4.º; Paris, 1846).

»No trataremos de averiguar como obran los purgantes, ni si es cierto que sirven para evacuar la materia saburrosa, causa de todos los accidentes: mas adelante examinaremos este punto de doctrina humoral (V. Naturaleza). Lo que por ahora podemos asentar, como un hecho capital, es que no sigue ningun accidente al uso de semejantes remedios. «La lengua, dice Andral, conserva su humedad ó se limpia de las capas que la cubren, sin ponerse mas roja; desaparece el mal gusto de la boca; la sed disminuye con rapidez, como tambien la frecuencia del pulso y la traspiracion cutánea; la cefalalgia y los vértigos pierden de pronto algo de su intension; las facciones se rehacen y va minorándose la sensacion de laxitud» (estracto del informe leido á la Academia real de medicina). «Añádase que las perforaciones y las hemorragias son mas raras en los enfermos sometidos á este tratamiento que en los demas.» Nosotros le damos la preferencia, y sometemos á él á nuestros enfermos en el primer septenario; pero en cuanto vemos presentarse los síntomas tifoideos, recurrimos á los tónicos y á los escitantes.

»3.º *Medicacion tónica y estimulante.*—Reunimos en un mismo párrafo los agentes tónicos y los estimulantes, porque rara vez se dan separados, constituyendo unos y otros la *medicacion anti-pútrida ó anti-séptica.* Hé aqui los diferentes medicamentos que sirven para llenar las indicaciones que emanan del estado adinámico, los signos de putridez y las hemorragias: en primer lugar se cuentan los tónicos fijos, tales como la quina, que se administra en cocimiento, en maceracion con vino y en estracto, y el sulfato de quinina, cuyos efectos estudiaremos mas adelante. A estos siguen las sustancias difusivas, como el almizcle, el castor, el eter, el acetato de amoniaco (espíritu de Mindercro), el licor anodino de Hoffman, los vinos de Madera, de Málaga, de Alicante, de Burdeos, de Bagnols; las aguas destiladas y cargadas de algun principio volátil y aromático, como las de menta, de torongil, de salvia, de angélica, de manzanilla, de valeriana, de serpentaria virginiana, de cardamomo mayor y menor, la de canela, el succinato de amoniaco y la asafétida. Tambien se dan á título de antisépticos el alcanfor, la quina, el carbon, el agua y vinagre, y las bebidas compuestas con los ácidos minerales (sulfúrico, hidroclórico y nítrico alcoholizado. Al uso de los tónicos y de los escitantes se agrega ordinariamente el de los revulsivos cutáneos, como los sinapismos y vejigatorios en los miembros inferiores.

»Pueden encontrarse entre los autores de los últimos siglos muchas autoridades en favor de la medicacion tónica: sin embargo debemos recordar, que si bien se aplica á nuestra fiebre tifoidea cuanto dicen del tratamiento de las calenturas malignas y pútridas, tambien se refiere á otras afecciones; por cuya razon no es justo invocar los resultados que obtuvieron, para probar la eficacia de tal ó cual medicacion. Esta observacion general se aplica á cualquier tratamiento, y debe disminuir la importancia que de otro modo se pudiera conceder al testimonio de los hombres mas ilustres del último siglo, cuando se trata de la medicacion dirigida contra la fiebre tifoidea.

»Pinel, y despues de él Petit y Serres, han aconsejado los tónicos en todos los períodos de la enfermedad: la quina en tintura vinosa ó en infusion, vigorizada con el licor de Hoffman ó con el azoato de amoniaco; las bebidas aromáticas etéreas con la adicion del estracto de quina; las fricciones de alcohol alcanforado en todo el cuerpo; por último los sinapismos ó los vejigatorios volantes repetidos diariamente, eran las bases del tratamiento adoptado por estos dos últimos autores (obra citada; p. 32), y las mismas que aun se prefieren generalmente en Alemania (V. Hufeland, *Manuel de médecine pratique*, p. 89, en 8.º; Paris, 1838). De 40 individuos tratados por los tónicos, ha visto Andral agravarse la enfermedad en 26 casos y mejorarse en 11 (*Clin. méd.*, p. 688); resultado en verdad poco favorable á semejante tratamiento. En el dia todos convienen en reconocer que los tónicos y los escitantes no deben administrarse al principio, á menos que afecte desde luego la dotinenteria una forma siderante ó adinámica muy intensa. En este caso no hay que titubear: si alguna probabilidad queda de reanimar las fuerzas del enfermo, es por medio de los medicamentos difusivos y escitantes, como el almizcle, el alcanfor, el acetato de amoniaco, el vino de Málaga y los revulsivos cutáneos.

»Las circunstancias mas favorables al uso de los medicamentos tónicos son, segun Louis, un pulso lento cada vez menos acelerado, la diarrea ligera y la falta de meteorismo (t. II, p. 477). Debe añadirse á estos signos la temperatura natural de la piel ó mas bien con cierto grado de frescura, el estupor, la soñolencia, las fuliginosidades de los dientes y de los labios, la dificultad de espectorar, los estertores sibilante, sonoro y principalmente el subcrepitante de la base, que anuncia la congestion atónica del pulmon. El estado atáxico cede mas dificilmente que la adinamia.

»4.° *Medicacion empírica.*—Suponiendo el doctor Clanny que la sangre ha perdido su ácido carbónico, se propone introducirle en el torrente circulatorio, administrando el agua de Seltz por todas las vias posibles (*A lecture upon typhus fever*, en 8.°; Lónd., 1828). Chomel ha ensayado este tratamiento y no ha sacado de él ninguna ventaja notable (*loc. cit.*, p. 467). El doctor Stevens, persuadido á su vez de que las sales, y sobre todo el cloruro de sodio, estan notablemente disminuidas en las fiebres, aconseja que tome el enfermo mucha cantidad de sales no purgantes, y aun propone la inyeccion de una disolucion salada en las venas (*Observations on the healty and diseased properties of the blood*).

»La idea de una alteracion séptica de la sangre ha inducido á Bouillaud á proponer el uso de los cloruros (*Traité des fièvres essencielles*, 1826). Chomel, que los ha ensayado con mucho cuidado, creyó al principio que ejercian una accion saludable; pero los abandonó muy pronto, convencido de que no merecen mas confianza que otros muchos pretendidos específicos. Sea de esto lo que quiera, vamos á manifestar el modo como se administran los cloruros: la tisana contiene de 15 á 20 gotas de cloruro de sodio; las pociones de 7 á 10 gotas, y las lavativas de 20 á 30. Se hacen lociones en todo el cuerpo cuatro veces cada dia con el cloruro de sodio puro; se riega con él las cataplasmas; se le mezcla con los baños en la cantidad de una azumbre por cada uno, y se hacen continuamente aspersiones cloruradas en las ropas y en las camas (Andral, p. 691.-Chomel, *loc. cit.*, p. 509). Algunos médicos han dado hasta la dosis de dos á dos y media dracmas en las pociones y tisanas, y hasta la de dos á cuatro onzas en las lavativas (V. á Requichot, *Dissert. sur la fièvre typhoïde avec esposition d'un nouveau traitement appuyé par des observations*, en 4.°; Paris, 1833).

»Tambien se ha preconizado el tratamiento de la fiebre tifoidea: 1.° por los ácidos en bebida, á los que se atribuye la propiedad de restablecer la plasticidad de la sangre; 2.° por el alumbre; 3.° por las bebidas muy abundantes (Piorry, *Clinique médicale* y *Médecine pratique*); 4.° por el tártaro estibiado á dosis de 4 á 16 granos. Dice Rasori que no ha perdido ningun enfermo tratado de este modo durante la epidemia de fiebre petequial de Genova (*Histoire de la fièvre pétechiale de Génes*, trad. por Fontaneilles, pág. 36 y sig., en 8.°; Paris, 1822).

»*Sulfato de quinina.* — Colocamos en la medicacion empírica el tratamiento de la fiebre tifoidea por el sulfato de quinina, cuando no se da esta sustancia para combatir los accesos remitentes ó intermitentes de la fiebre (V. *Medicacion racional*); porque ignoramos efectivamente de qué modo obra semejante medicamento, y si influye sobre el sistema nervioso ó sobre el sanguíneo como hipostenizante. Sin emprender aqui las escursiones históricas que nunca han dejado de reproducirse al hablar del sulfato de quinina, es necesario decir no obstante que Broqua, médico en Mirande, presentó en marzo de 1840 una memoria, en la que anunciaba haber curado todas las fiebres tifoideas que habia tratado con el sulfato de quinina á dosis altas. Louis, informante de la comision nombrada para examinar esta memoria, advierte que la mayor parte de las observaciones de Broqua, presentadas como ejemplos de los buenos efectos de esta sustancia, se refieren á afecciones distintas de la fiebre tifoidea, y que dista mucho de hallarse demostrada la eficacia de la sal de quinina en los casos que ha existido realmente dicha fiebre. Chappotain de Saint Laurent ha publicado en los *Archives générales de médecine* (setiembre, 1842) una noticia de las fiebres tifoideas tratadas con el sulfato de quinina en la clínica de Husson. Los efectos obtenidos por este tratamiento no han sido mas felices que por los demas. Pereira, que ha visto tambien ensayar la sal de quinina, le atribuye una accion curativa muy evidente (*Recherches cliniques sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre typhoïde*, Dissert. inaug., n.° 27, en 4.°, 1842).

»Boucher de la Ville-Jossy, testigo de las observaciones recogidas en las salas de Kapeler, asienta las conclusiones siguientes: el sulfato de quinina á la dosis de dos á cuatro granos, administrado á cucharadas de dos en dos horas, produce náuseas y á veces vómitos; la membrana mucosa no sufre lesion alguna; pero se advierte algunas veces una sensacion ligera de calor en el exófago; su administracion viene seguida de un alivio notable, que algunas veces es solo pasagero; la convalecencia aparente es por lo comun rápida; pero no sucede lo mismo respecto á la convalecencia confirmada: esta convalecencia aparente se debe al estado general, sin que participen de ella los intestinos. Los fenómenos nerviosos y la lentitud que producen en la circulacion, cesan con bastante prontitud cuando se suspende la administracion del medicamento. Este disminuye la cefalalgia y aun la hace desaparecer, remplazándola con la pesadez de cabeza, y tam-

bien acelera el restablecimiento del sueño natural. En una palabra no parece que el sulfato de quinina deba constituir un método especial; pero puede ser útil combinado con otros medios (*Quelques reflexions sur l'action phisiologique du sulfate de quinine à haute dose en général et en particulier dans le traitement de la fièvre typhoïde*, Dissert. inaug., n.º 22, en 4.º; Paris, 1846).

»Uno de nosotros, que ha publicado ya una memoria sobre los efectos terapéuticos y tóxicos del sulfato de quinina, donde se consignan la mayor parte de las observaciones reproducidas despues, aun continúa en este momento sus investigaciones sobre el mismo asunto. Ha sometido cierto número de enfermos atacados de fiebres tifoideas graves al uso de la quinina, y sin poder deducir todavia conclusiones absolutas, se ha convencido de que esta sustancia obra en la enfermedad que nos ocupa, como en otras, y por ejemplo en el reumatismo, no hipostenizando el sistema vascular, sino perturbando el nervioso cerebro-espinal, y produciendo cefalalgia, embriaguez, zumbido de oidos, etc. (Monneret, *Memoire sur le traitement du rhumatisme articulaire*, 1843). Obra pues de una manera *sustitutiva* de los fenómenos nerviosos de la fiebre tifoidea, los cuales se disipan prontamente. Asi es que, cuando se dan las sales de quinina á dosis suficientes para producir alteraciones nerviosas, no esperimenta el sugeto síntomas tóxicos, y deja de sentir los que son efecto de la enfermedad. Si el pulso se pone lento, es porque no tarda en influir sobre la circulacion la alteracion del sistema nervioso. No es pues de admirar, que la debilidad y el estupor que padece el sistema nervioso vayan seguidos de la lentitud del pulso, el cual no hace mas que espresar el estado de los nervios. Asi es como debe comprenderse la accion terapéutica y tóxica de la sal de quinina. Nada de cuanto se ha publicado para combatir nuestra opinion nos hace fuerza alguna; antes persistimos en creer que los médicos que todavia sostienen que el sulfato de quinina es un medicamento hipostenizante, cometen sin saberlo el error tan perjudicial al contraestímulo, de considerar como hipostenizante todo remedio que cura una enfermedad inflamatoria (suponiendo que la cure), ó durante cuya accion se retarda el círculo ó disminuye la temperatura cutánea.

»5.º *Medicacion espectante.*—Con este método se proponen los médicos permanecer espectadores de las operaciones de la naturaleza, vigilando sin embargo con la mayor atencion los fenómenos patológicos, á fin de intervenir en cuanto sobrevenga algun accidente capaz de desarreglar el curso regular de la enfermedad. Muchos son los médicos antiguos y modernos que se han declarado en favor de la espectacion, y aun los que preconizan una medicacion esclusiva suelen ser bastante prudentes, para renunciar á ella en los casos en que es necesario hacerlo. Sidenham recomienda la espectacion cuando la enfermedad está adelantada en su curso (*loc. cit.*, p. 275); Baglivio dice, que hay pocos enfermos con quienes haya que tener mas paciencia, espectacion y contemporizacion, que con los que padecen fiebres mesentéricas (ob. cit., t. I, p. 71). Borden cree que es muy útil en algunos casos abandonar á la naturaleza los enfermos que padecen fiebres; Laennec estaba convencido de la impotencia del arte y de los innumerables recursos que sabe oponer el organismo á los progresos del mal; Cruveilhier profesa la misma opinion; Andral, despues de haber ensayado todos los métodos de tratamiento que se han preconizado sucesivamente, ha concluido por someter á sus enfermos á una espectacion atenta y prudente, limitándose á prescribir los diluyentes, hasta que se presentan indicaciones especiales. No es lo mismo dejar á la naturaleza, á beneficio de una medicina espectante, bastante fuerza para que pueda marchar espontáneamente á la resolucion de la enfermedad, que determinar con nuestros medicamentos una reaccion enteramente artificial, á veces útil, pero con frecuencia tambien innecesaria ó dañosa» (*Clinique médicale*, (*loc. cit.*, p. 526).

»Por lo demas, la espectacion tomada en un sentido absoluto no es ni ha sido adoptada por nadie, porque ningun médico quiere condenarse á la inaccion ante una enfermedad en cuyo curso sobrevienen tan variados accidentes; pero en el sentido que le dan los prácticos prudentes, es un método que puede hacer los mayores servicios: conviene en los principios de la enfermedad, cuando esta es poco ó medianamente intensa, y cuando presenta sus fases de un modo regular: bajo este punto de vista la espectacion se confunde con el método racional. Efectivamente, el que está bien convencido de que la fiebre tifoidea se parece mucho á las eruptivas, como por ejemplo á las viruelas, procurará no alterar su curso; estará solamente dispuesto á contener y moderar ciertos fenómenos morbosos, á combatir otros enérgicamente, y en una palabra á dirigir las diferentes fases de la enfermedad. No de otro modo son útiles la espectacion y el método racional en manos de un médico que no adopta sistemáticamente una medicacion esclusiva: sin razon, pues, se ha llamado *pathologia pigrorum* á la medicina espectante. Tomada en el sentido que le damos, ningun método exige conocimientos mas estensos y observacion mas asídua y minuciosa.

»¿No será la espectacion el único tratamiento posible al principio de aquellas fiebres tifoideas, que se parecen entonces á un aparato gástrico, á la fiebre biliosa, un simple quebrantamiento y á los prodromos de los exantemas? ¿Cuántas formas ligeras de la fiebre tifoidea, y aun casos patológicos indeterminados, se

cuentan indebidamente entre los casos de curacion favorecida por el arte, porque se ha establecido desde el principio una medicacion activa? Por lo tanto quisiéramos con Cruveilhier, que en los casos en que no hay ninguna indicacion positiva, no se emplease ningun tratamiento activo, pues «entonces la medicina francamente espectante basta para conducir á buen puerto una multitud de enteritis foliculosas» (*Anat. pat.*, t. I, lib. 8.°, p. 13, 14 y 15). Despues de haber estudiado Dance escrupulosamente diferentes métodos de tratamiento, se decidió en favor de la espectacion, aconsejándola como medio que produce felices resultados (*Arch. gén. de méd.*, t. XXIV; 1830, y t. XXV; 1831). Puede citarse este escrito como un modelo de crítica y un asunto de meditacion para el práctico que quiera conocer el valor de los diferentes tratamientos. No serán sin duda bien acogidas nuestras observaciones por los que creen todavia, que la flegmasia intestinal es la causa de la enfermedad en sus principios, y que exige el uso de la sangria general y local; pero semejante doctrina dista mucho de prevalecer en la actualidad, y estamos persuadidos de que vale harto mas encerrarse en los límites de una espectacion absoluta, que tratar de legitimar por medio de teorias el uso de la sangria.

»6.° *Medicacion racional.* — Indicaremos sucesivamente: 1.° el tratamiento higiénico; 2.° el de los síntomas ó determinaciones morbosas que pertenecen propiamente á la enfermedad; 3.° el tratamiento de las formas, especies y variedades; 4.° el de las complicaciones, y 5.° el que conviene durante la convalecencia.

»1.° *Tratamiento higiénico.* — Cualquiera que sea la opinion que se tenga acerca del orígen de la fiebre tifoidea, cuando reina en un punto y parece afectar una forma epidémica, debemos proceder absolutamente como si se hubiese desarrollado por infeccion ó trasmitido por contagio: se tomarán todas las medidas convenientes para evitar la reunion de enfermos, para diseminar los que se hallen juntos en un mismo local, y alejar á todos aquellos que no hayan sido atacados todavia de la enfermedad. Asi es como debe procederse cuando se manifiesta en un colegio, en una carcel ó en un hospital. La diseminacion es la única medida eficaz en semejantes circunstancias, ya se admita el contagio, ya se haga intervenir la infeccion sola para esplicar el desarrollo de la enfermedad. «La acumulacion, dice con razon Chomel, es una de las circunstancias mas desfavorables, tanto para los pacientes como para los que los asisten; por lo que debe poner el médico toda su atencion en que, cuando hay muchos enfermos en una misma sala, se coloquen á bastante distancia para que se pase libremente entre sus camas, se renueve el aire con frecuencia abriendo las ventanas, y se evite el poner camas en alcobas y cubrirlas con cortinas» (*loc. cit.*, p. 467).

»Recordemos tambien, que deben redoblarse los cuidados con los enfermos, y que cuando tienen amigos que los asistan con esmero, cuentan con mas probabilidades de curarse. Deben renovarse con frecuencia y sacarse al aire y al sol la ropa interior del enfermo, las sábanas, los colchones y las cubiertas de la cama, y cuando esta se manche con la orina ó con la materia de las evacuaciones alvinas, es preciso mudarla; porque si se descuidan tales cuidados, se pone rojiza la piel que cubre el sacro, las nalgas y los trocanteres; se escoria, y se forman en estas diferentes regiones escaras que aumentan mucho la gravedad de la afeccion. Ademas, con el objeto de evitar estas mortificaciones, se hacen en la piel irritada lociones con el cocimiento de cebada mezclado con miel, con agua y vino ó con vino solo, para limpiar el tegumento y aumentar algo su vitalidad.

»2.° *Tratamiento de los principales síntomas de la fiebre tifoidea.* — Las bebidas mas usadas son las acídulas, que ya hemos indicado (V. *medicac. antiflog.*); algunas veces los ácidos nítrico, tartárico, el agua de Seltz y los ácidos minerales. Es muy conveniente variar las tisanas prescribiendo bebidas mucilaginosas (malvavisco, goma), gomo-azucaradas (higos, dátiles, uvas, manzanas, peras), pectorales (malva, violeta, gordolobo, tusílago), azucaradas (agua azucarada, hidromiel, regaliz), amargas (achicorias, lúpulo), feculentas (cebada, arina de avena, de arroz, almidon, miga de pan), aromáticas (manzanilla, salvia, menta, camedrios, tila, hojas y cortezas de naranjo, etc.). La eleccion de estas tisanas es casi indiferente; sin embargo, se dará la preferencia á las acídulas cuando la boca esté seca y los dientes incrustados; á las amargas y aromáticas, cuando esté la boca pastosa, la lengua blanquecina, y persista la anorexia; á las feculentas, cuando sea tenaz la diarrea, etc. La cantidad de las bebidas debe ser proporcionada á la sed del enfermo y á la intension de la calentura; su temperatura debe variar, administrándolas calientes cuando haya síntomas torácicos ó sea fria la estacion.

»El *vómito* que se manifiesta al principio no necesita ningun tratamiento especial: son útiles entonces las bebidas frias, acídulas y gaseosas. Ya hemos dicho que algunas veces persiste bastante tiempo este síntoma puramente nervioso, y es tan tenaz, que exige un tratamiento particular; en cuyo caso estan indicados las bebidas gaseosas, el opio, la aplicacion de un vejigatorio en el epigastrio y los baños tibios. Solo en ciertos casos raros dependen el vómito y el aumento de sensibilidad epigástrica de una flegmasia del estómago, y exigen el uso de sanguijuelas, de ventosas escarificadas y de cataplasmas emolientes. Prescindimos ahora de aquellos casos en que sobreviene una perforacion intestinal.

»El *dolor abdominal* se observa frecuentemente al principio (V. SÍNTOMAS). Cuando es muy vivo y dura muchos dias, se usan las cataplasmas preparadas con las semillas emolientes, la fécula, la miga de pan, la harina de arroz, rociadas con aceite de almendras dulces, con láudano ó con los cocimientos narcóticos. Tambien es bueno cubrir el vientre con un pedazo de lana empapado en un cocimiento, cuidando de evitar la evaporacion por medio de un hule. Las unturas hechas con aceites ó cuerpos crasos son menos usadas. El baño tibio, que es el único que puede prescribirse en los dos primeros septenarios de la fiebre, fatiga á menudo á los enfermos y los espone á enfriarse.

»Las *lavativas* son otro tópico muy usado, ya nos propongamos hacer arrojar los materiales contenidos en los intestinos, y disminuir la irritacion que pudiera determinar en ellos su permanencia prolongada, asi como los accidentes de reabsorcion; ya se trate tambien de combatir la diarrea y obrar sobre la inflamacion que reside en los intestinos delgados. Producen asimismo el efecto de hacer menos intenso, y á veces de disipar, el meteorismo y el gorgoteo intestinal, y son verdaderamente indispensables, cuando no se evacuan los materiales contenidos en los intestinos con los emeto-catárticos y principalmente con el método evacuante. Este último método nos parece tambien *racionalmente* indicado bajo este punto de vista, mereciendo entrar, si no esclusivamente, al menos en gran parte, en el tratamiento racional que se dirige contra la fiebre tifoidea. De Larroque y sus discípulos no han dejado de observar, que uno de los efectos mas saludables y seguros de los purgantes es combatir ventajosamente el meteorismo y la diarrea.

»Las lavativas pueden componerse de diferentes sustancias. Pueden hacerse con el agua tibia, con el cocimiento de cebada mezclado con miel, con el de malvavisco, de adormideras, de simiente de lino, de arroz, de fécula, de leche, etc. Por medio de estas lociones intestinales, que solo deben hacerse una ó dos veces al dia, se obra de un modo siempre saludable en las afecciones del tubo digestivo.

»El *meteorismo* exige tambien por su importancia una medicacion especial; puesto que en ocasiones da lugar á la perforacion de los intestinos, dificulta la respiracion, etc. Cuando no se ha logrado disminuirle con los purgantes, se hacen fricciones en el vientre con el aceite de anis ó de manzanilla; se prescriben lavativas de agua fria y vinagre, ó bien se les añade láudano, opio, alcanfor, almizcle, asafétida, castor ó alguna sustancia purgante. Háse aconsejado como recurso estremo la aplicacion del hielo al abdomen, la introduccion de una sonda por el ano, y aun la puncion abdominal, cuyo último medio rechazamos formalmente.

»La *diarrea* se combatirá con los purgantes tomados por la boca ó aplicados en lavativas emolientes. Cuando persiste despues del tercero ó cuarto septenario, se debe temer que haya úlceras en los intestinos gruesos, y entonces deben prescribirse enemas de almidon, laudanizadas ó hechas astringentes con la ratania ó el alumbre. Puédense disponer dos ó tres lavativas grandes cada dia, añadiendo á cada una de ellas de ocho á doce gotas de ácido hidroclórico, y procurando que sean espelidas dos ó tres minutos despues de haberlas puesto. Los dolores abdominales ó el temor fundado de que haya perforacion, contraindican formalmente el uso de las lavativas astringentes y cáusticas: el láudano, el almidon y las sustancias emolientes, deben constituir la parte activa de las que en semejantes casos se prescriban. Háse propuesto, para combatir las ulceraciones y la inflamacion intestinal, la diarrea, el meteorismo, etc., aplicar al abdomen, y principalmente á la fosa iliaca derecha, vejigatorios volantes y mas ó menos numerosos, sosteniéndolos durante el periodo agudo y ulcerativo. Neumann los ha aconsejado (*Sur les ulcerations des intestins dans les fièvres tiphoïdes*, en *Journal des progres des sciences médicales*, t. V, p. 117; 1827), y otros los han considerado como la base del tratamiento. En el dia estan totalmente abandonados.

»La *fuerza y la frecuencia del pulso* no pueden indicar por sí solas el uso de las sangrias generales; pero ya veremos mas adelante, que cuando acompañan á la fiebre inflamatoria, reclaman algunas veces emisiones sanguíneas.

»La *epistaxis* rara vez es tan abundante ó repetida que ponga en peligro la vida de los enfermos; sin embargo, casi todas las obras contienen hechos de este género. Recúrrese entonces á las lociones frias de agua y vinagre en la cara, á la aspiracion de este líquido hasta las fosas nasales, á la ligadura, á la elevacion de los miembros y al taponamiento.

»El *calor y la sequedad estraordinaria de la piel*, y la acumulacion de los productos segregados en su superficie, exigen el uso de los baños tibios, los cuales se repiten mas ó menos segun los efectos que producen. Quitan el calor cutáneo, disminuyen la fiebre, la agitacion general, muchas veces la sequedad de la lengua, y concilian el sueño.

»Los *sudores demasiado abundantes* y persistentes se detienen muchas veces con el uso de las preparaciones de quina.

»*Las escaras y las úlceras gangrenosas* procedentes de los vejigatorios, de los sinapismos ó de las picaduras de las sanguijuelas, exigen una limpieza esmerada, y ya hemos dicho lo que debe hacerse para evitar su desarrollo. Cuando no se han podido evitar, se acelera la caida de las partes mortificadas con un poco de ungüento digestivo que se pone en medio de una cataplasma ó encima de un parchecito de diaquilon; se lavan las partes con vino aromático, y se espolvorean con quina. En segui-

da se cura la úlcera con cerato simple, si hay pezoncillos carnosos, ó se la escita por medio de los agentes terapéuticos de que acabamos de hablar. Si se forman en su superficie vegetaciones fungosas y fofas, se reprimen con el nitrato de plata ó con los polvos de alumbre.

»*Las alteraciones de la respiracion, de la circulacion y de la inervacion* se estudiarán mas adelante (V. *Tratamiento de las formas*).

»*Retencion de orina.*—Ya hemos dicho que es muy comun este accidente en la fiebre tifoidea (p. 215). El cateterismo es el único medio de evacuar la orina, y debe repetirse mientras persista la retencion.

»3.° *Tratamiento de las formas, especies y variedades.—Forma adinámica.*—La medicacion tónica y escitante, cuyas reglas hemos formulado ya, es la que se prescribe casi esclusivamente para combatir los síntomas adinámicos tifoideos y pútridos. Los médicos que tienen mucha confianza en los tónicos y los consideran á propósito para combatir la enfermedad en sí misma, los dan desde el principio; pero otros muchos solo los prescriben cuando se presentan los síntomas adinámicos. Los escitantes y los tónicos deben combinarse en proporciones variadas, segun que se quiera estimular mucho ó solamente entonar la economia. Los principales agentes de esta medicacion son medicamentos internos, ó estimulantes aplicados al esterior.

»Débense con particularidad colocar entre los agentes internos mas eficaces: los vinos de Madera, de Málaga y del Mediodia de Francia (2 á 6 onzas), el vino y el estracto de quina, que se administra en pocion, en las tisanas ó en lavativas á la dosis de 1 á 2 escrúpulos. Casi siempre se añaden uno ó mas medicamentos de los pertenecientes al tratamiento de la forma atáxica, y particularmente el alcanfor, el almizcle, el éter y el acetato de amoniaco.

»Los agentes esternos con que nos proponemos luchar contra la adinamia son los vejigatorios y los revulsivos cutáneos. Muchos prácticos recomiendan los pediluvios irritantes, las cataplasmas calientes y la aplicacion de sinapismos y de vejigatorios á una ó á las dos piernas, cuando tiene el enfermo mucho dolor de cabeza, y principalmente cuando al estupor suceden la soñolencia y el coma. Cruveilhier ha obtenido escelentes efectos de los vejigatorios puestos en la parte interna de los muslos (*Anatomie pathologique*, ent. 7, p. 14); Louis no ve en ellos mas que inconvenientes bajo cualquier punto de vista que los considere (ob. cit., t. II, p. 483). «Los vejigatorios, dice, estan generalmente desterrados del tratamiento de la afeccion tifoidea, y los prácticos no ven en ellos mas que inconvenientes.» Chomel no se decide acerca de su grado de eficacia (p. 405). Su aplicacion determina á menudo la gangrena y la ulceracion del dermis denudado. Sin embargo, no puede ponerse en duda su utilidad, cuando se usan con prudencia y cuando estan formalmente indicados, como en el tercero y cuarto septenario, en sugetos que no ofrecen reaccion, que tienen poca fiebre y estan desde muchos dias en un coma, del que no se los ha podido sacar con ningun tratamiento.

»*La fiebre lenta nerviosa* contraindica la sangria. Huxham, que tan bien trazó las reglas terapéuticas que han de seguirse en el tratamiento de esta fiebre, aconseja los vejigatorios y los tónicos, como la tintura de quina, la serpentaria, el acetato de amoniaco, y el zumo de limon (*loc. cit.*, p. 123); pero debe cuidarse mucho de no abusar de los cordiales, de los espirituosos, y de tener al enfermo en un aire muy caliente, etc. (p. 127).

»*En la forma siderante* se usa el mismo tratamiento, solo que debe ser enérgico y hay que escitar mucho la piel.

»*Forma atáxica.*—Mas de un autor ha considerado el tratamiento antiflogístico como el único capaz de hacer cesar la cefalalgia, el delirio, la soñolencia, los movimientos convulsivos de los miembros, etc. Los que profesan esta opinion aplican sanguijuelas detrás de las orejas, en las sienes, en el trayecto de las yugulares; en una palabra en la base del cráneo, y repiten muchas veces estas deplecciones sanguíneas locales, á las que precede ó no una sangria general. Los que tienen una confianza completa en los evacuantes, aseguran que estos accidentes se calman y desaparecen con los purgantes. Nosotros hemos visto muchas veces usar, y tambien hemos usado, las sangrias locales en la cabeza, sin observar el menor cambio en los síntomas; ni podia ser otra cosa, no habiendo como no hay ninguna congestion, ni menos flegmasia del cerebro y sus membranas.

»Tampoco debe esperarse mas que efectos muy inciertos de los vejigatorios aplicados á la nuca. Hánse usado al mismo tiempo que las sanguijuelas los vejigatorios, la sangria general, las aplicaciones de compresas empapadas en agua fria y aun de vejigas llenas de hielo en la cabeza. Louis sometió á esta medicacion compleja á diez enfermos, y el éxito fué funesto. «Fuera de tres casos no se siguió á la aplicacion del hielo ningun cambio apreciable en el estado de los síntomas generales» (p. 485).

»Recamier ha recurrido á las irrigaciones de agua fria en la cabeza durante algunos minutos, para combatir la ataxo-adinamia, representada por saltos de tendones, rechinamiento de dientes, delirio, etc., y dice haber obtenido por este medio curaciones inesperadas. Para practicar estas afusiones, se coloca al enfermo en un baño casi vacio ó que solo contenga una corta cantidad de agua tibia. Chomel aprueba tambien este tratamiento. «El agua fria ó tibia en afusion en todo el cuerpo y con particularidad en la cabeza, modera el calor y da á la piel una flexibilidad, que conserva por

algun tiempo. La traspiracion cutánea se hace á veces muy activa» (p. 496). Por nuestra parte no hemos visto nunca efectos duraderos y curativos á consecuencia de esta medicacion. Grisolle la considera como inútil y muchas veces peligrosa (ob. cit., pág. 51). Podrian remplazarse las afusiones frias con algunas de las prácticas de la hidroterapeya, dirigidas con prudencia y por una mano esperimentada. Las lociones y baños tibios y las fricciones hechas con una franela empapada en vino aromático ó en aguardiente alcanforado, dejándola luego puesta, producen una revulsion favorable escitando los capilares cutáneos.

»Los medicamentos tenidos por antiespasmódicos que hemos dado ya á conocer (véase *Medicacion tónica*) son los que sirven para combatir la ataxia: entre ellos se cuentan el alcanfor, el almizcle, el éter, etc. El doctor Graves alaba el emético á altas dosis, que Rasori asegura tambien haber dado constantemente con buen éxito.

»*Forma artrítica.*—Hánse combatido los dolores artríticos con emisiones sanguíneas locales, con tópicos emolientes y narcóticos: Bazin aconseja tambien los vejigatorios, seguidos de la aplicacion del clorhidrato de morfina (tés. cit., p. 28).

»*Forma abdominal.*—Cuando se manifiesta desde el principio la *forma mucosa*, debe atacarse sin vacilar con los emeto-purgantes: si el primer vomitivo no produce una mejoria muy notable, si la lengua permanece limosa ó blanca y saburrosa, hay que repetir el emético y dar en seguida el agua de Sedlitz ó el aceite de ricino. Las bebidas acídulas amargas y aromáticas son las que deben usarse con preferencia.

»*La forma biliosa* no reclama, segun Chomel, ningun tratamiento especial (472). Nuestras ideas sobre esta forma nos mueven á aconsejar el tratamiento de la forma mucosa cuando depende del estado bilioso, ó bien el de la complicacion que da lugar á la ictericia (V. *Forma biliosa*, p. 231).

»*Forma pectoral.*—Para establecer un tratamiento racional contra los accidentes que se manifiestan en el aparato respiratorio, es preciso recordar que dependen de la alteracion de todo el sólido vivo: asi es que la terapéutica dirigida contra los estertores sibilantes, sonoros, mucosos, ó en otros términos contra el infarto bronquial no produciria resultados muy decisivos. Las sangrias rara vez modifican la congestion bronquio-pulmonal tifoidea. Debe confiarse principalmente en el tratamiento tónico y escitante, y segun algunos autores, en los evacuantes. Cuando se desarrolla la congestion ó se hace mas intensa hácia el segundo ó tercer septenario y aun mas adelante, se saca alguna ventaja de la administracion de la ipecacuana ó del azufre dorado de antimonio y del oximiel escilítico dado en pocion. La aplicacion de uno ó mas vejigatorios volantes á los lados del pecho concurre poderosamente á resolver la congestion bronquial.

»*Forma inflamatoria.*—Chomel quiere que se hagan al principio una ó dos sangrias; que se combatan segun la necesidad las congestiones locales con una ó dos aplicaciones de sanguijuelas, y que despues se renuncie muy pronto a estos medios á causa del estado adinamico que no tarda en sobrevenir (p. 470). Ya hemos probado que la forma inflamatoria es debida á la plétora que existia en el enfermo antes de desarrollarse la fiebre tifoidea.

»No nos atrevemos á formular las reglas del tratamiento para los casos de esta especie, y no nos será difícil esponer los motivos de nuestra duda. Suponiendo un sugeto pletórico, robusto y dotado de un sistema vascular provisto abundantemente de sangre ¿deberá sangrársele, esto es, debilitársele artificialmente en el instante mismo en que va á necesitar de todas sus fuerzas para soportar los peligros de una larga enfermedad? A los sugetos pletóricos en quienes se desarrollan las viruelas ó la escarlata, no se les sangra á no haber una indicacion especial. Pero por otra parte el movimiento febril, la reaccion general, las alteraciones nerviosas, la congestion bronquial, la esplénica y de las demas vísceras, no adquirirán mas violencia y harán mas grave la enfermedad? No podemos decidirnos terminantemente por la afirmativa, y creemos que es mas prudente limitarse á una observacion atenta de los síntomas, antes de decidirse en pró ó en contra de la sangria.

»*Forma remitente.*—Muy de ligero han estudiado los autores la terapéutica de esta forma, caracterizada por accesos febriles completos ó incompletos, regulares ó irregulares, y una hipertrofia esplénica muy frecuente (véase *formas*). No se espere encontrar en ella todos los caractéres de un verdadero acceso de fiebre intermitente: los escalofrios faltan casi siempre, ó bien se remplazan con un enfriamiento, con la lividez de las uñas ó de los dedos. Obsérvase en el momento del acceso mas calor en la piel, opresion y chapetas encarnadas en la cara; por último, en algunos casos se anuncia el paroxismo por un sudor abundante y profuso, precedido apenas de calor. No debemos dejar de informarnos del volumen del bazo y de las cualidades de la orina; porque si ofrece sedimento todos los dias ó uno sí y otro no, se debe pensar que hay una fiebre tifoidea de forma remitente. Cuando se tiene certeza de que existe esta forma, debe darse sin vacilar el sulfato de quinina. Esta medicacion es preferible á todas las demas, y usándola podemos casi estar seguros de curar la fiebre tifoidea ó al menos de disminuir singularmente su gravedad. Los autores contienen infinitas observaciones, que prueban la eficacia del sulfato de quinina (p. 234); y el doctor Champeaux ha reunido muchas de ellas en una obra muy interesante (*Des indications du*

sulfate de quinine dans la fievre typhoïde, número 97, en 4.°; Paris, 1846). «Creo, dice este médico, que el sulfato de quinina solo obra, al menos de un modo directo, sobre los paroxismos; quitados estos, la enfermedad continúa su curso, pero simplificada, regular y benigna. Por lo tanto me adhiero completamente á las conclusiones de Boucher y Pereira, á saber, que la convalecencia empieza mas pronto, pero que el restablecimiento de la salud no es mas rápido que en los demas casos» (p. 46).

»Aconsejamos dar el sulfato de quinina á la dosis de 30 á 40 granos en pocion en todo el dia, y sin consideracion á la hora en que debe verificarse la remision, á no ser que el acceso no sea muy intenso y que no se necesite obrar con tanta actividad. Pero en todos los demas casos de fiebre remitente ó pseudo-continua con síntomas graves ó perniciosos no debe perderse un instante, y conviene dar la cantidad necesaria en el menor espacio de tiempo posible.

»*Fiebre tifoidea de los niños.*—El tratamiento es el mismo que en los adultos. Rilliet y Barthez no han visto que los purgantes influyan en esta enfermedad de un modo evidente, y aun creen que cuando se los da con repeticion, son mas perjudiciales que útiles (*loc. cit*, página 410, y *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 187; 1841). El sulfato de quinina no les ha parecido tener una accion saludable muy manifiesta. Taupin cree que la sangria general es mas dañosa que útil en los niños; recomienda mucho el uso de los purgantes, y aconseja purgar repetidas veces desde el principio de la enfermedad hasta su terminacion (*loc. cit.*, p. 15). Es visto, pues, que reina la misma discordancia, por lo que hace á la terapéutica, en la fiebre tifoidea de los niños que en la de los adultos.

»*Tratamiento de las complicaciones.—La hemorragia y la perforacion intestinal* son dos complicaciones graves, que exigen un tratamiento particular. Se consigue suspender el flujo sanguíneo con las limonadas cítrica ó sulfúrica adicionadas con el agua de Rabel ó con estracto de ratania, con las lavativas frias de agua y vinagre ó preparadas con la ratania ó con el sulfato de alumina ó el acetato de plomo: débense aplicar tambien compresas frias al vientre, prescribiendo bebidas acídulas heladas.

»Cuando se teme que haya alguna perforacion del intestino, se hace guardar al enfermo la inmovilidad mas completa, y se le dan algunos cachos de naranja ó algun pedacito de hielo, para apaciguar la sed. Los doctores Stokes y Graves han administrado con buen éxito en semejantes casos el opio á altas dosis (véase Stokes en *The Cyclopedia of practical medecine*, t. III, p. 315, estr. en *Gaz. méd.*, p. 166; 1835). El doctor Griffin refiere un hecho, que considera como un ejemplo de perforacion curada con el opio (*Gaz. méd.*, p. 184; 1835). Chomel y Louis, que han usado en Francia esta sustancia, han conseguido curar dos enfermos (Louis, t. II, p. 451). Se da de hora en hora una píldora de uno á dos granos de opio, y se continúa de este modo hasta que se hayan producido efectos narcóticos. Se ha llegado á dar sin inconveniente hasta 16 y aun 20 granos. Si se desarrollasen la sensibilidad del vientre y los demas signos de la peritonitis, se puede aplicar al mismo tiempo sanguijuelas al abdomen y fomentos emolientes (V. *Perforacion de los intestinos* entre las *Enfermedades de los mismos*).

»La *enteritis biliosa* es muy rara en la fiebre tifoidea. Sin embargo, si hubiese motivo para creer que existia en razon de la intensidad y de la persistencia del dolor abdominal, del calor del vientre y del estreñimiento, habria que poner sanguijuelas en el vientre ó en el ano, proporcionando su número á la violencia de los síntomas y á la fuerza de los sugetos. Tambien se elegiria la medicacion antiflogística para combatir la fiebre tifoidea.

»Igual tratamiento se usaria en la *colitis ulcerosa*, insistiendo ademas en el uso de las lavativas emolientes, y despues feculentas y astringentes, muchas veces al dia. En una palabra no diferiria el tratamiento del que se acostumbra oponer á la colitis.» (V. *enfermedades de los intestinos.*)

»La *neumonia*, y por esta palabra no entendemos la ingurgitacion tifoidea, debe tratarse de un modo enteramente distinto que si fuese simple. El estado general exige el uso de los vejigatorios en el pecho, de pociones con el azufre dorado de antimonio, y aun del emético, cuando no lo contraindican los síntomas abdominales. Los estimulantes, tales como el almizcle, el alcanfor y el éter; los tónicos, como la quina y los vinos del mediodia, administrados en pocion á altas dosis, pueden ser de mucha utilidad: no hay práctico que no haya recurrido á ellos, para combatir las neumonias tifoideas. En general deben proscribirse las sangrias, á no ser que la neumonia se declare en la convalecencia, ó en una época en que haya el enfermo recobrado las fuerzas y se halle en estado de soportar les emisiones sanguíneas. Las demas complicaciones no pueden ser objeto de ninguna indicacion particular: las ulceraciones de la epiglotis, de la laringe, la nefritis, los abscesos de la fosa iliaca y la tisis, deben tratarse segun las reglas generales que hemos trazado al hablar de estas enfermedades.

»5.° *Tratamiento de la convalecencia.*—Lo que principalmente debe llamar la atencion del médico en la convalecencia de la fiebre tifoidea es el régimen alimenticio. Muchos prácticos tienen la costumbre de dar de comer pronto á los enfermos, desde que estos lo piden, si la lengua está limpia y húmeda y han cesado enteramente la diarrea y el meteorismo. Pero conviene guiarse sobre todo por la

fiebre; pues mientras esta persista y se conserve la piel ardorosa, el vientre caliente y el sueño agitado, debe abstenerse el paciente de todo alimento. Sucede muy comunmente que sugetos que estan en plena convalecencia sufren recaidas graves, porque comen sin conocimiento del médico, ó porque no se contentan con los alimentos de fácil digestion que tienen prescritos. Cuando se manifiestan los signos de la convalecencia, se empieza por dar caldos ligeros, observando el efecto que producen, y si se digieren bien, se les añade un poco de sopa y alguna cantidad de vino generoso, y por último se dan carnes blancas asadas y algunas legumbres frescas. Entonces deben remplazar las bebidas amargas, feculentas y aromáticas, á las tisanas emolientes y acídulas.

»Entre los medios higiénicos que aseguran y aceleran la convalecencia, debemos contar los baños alcalinos y jabonosos, los que cuando estan contraindicados por la debilidad, se suplen con lociones en los miembros con agua y vinagre, con alcohol alcanforado ó el de melisa, ó con friegas; cuyos agentes restituyen á la piel su actividad funcional. La insolacion moderada, y sobre todo el cambio de aires y el habitar en el campo, son á veces los únicos modificadores capaces de apresurar el restablecimiento en algunas convalecencias que se efectuan con trabajo.

»Debe cuidarse mucho del estado moral: el médico digno de este nombre ha de influir en el ánimo de sus enfermos, para sacarlos del estado de atonia intelectual y de decaimiento en que se encuentran. De Larroque, que ha insistido con razon en la dietética y en el tratamiento de la convalecencia, da acerca de esto consejos, que no podemos menos de reproducir: «la situacion en que se encuentran los sugetos los aterra y persuade que estan perdidos, si el médico no se apresura á reanimar su valor, a inspirarles seguridad, á hacerles concebir la idea de que el mal no es tan grave como ellos se imaginan, y á asegurarles que está muy próxima su curacion, si siguen esactamente el tratamiento prescrito. Si se advierte que sienten vivamente haber dejado el pais que les vió nacer y á los parientes y amigos á quienes querian tiernamente, debe repetírseles con frecuencia que en breve verán satisfechos sus deseos, y que volverán al punto que apetecen en cuanto termine felizmente su enfermedad, que no será muy larga» (mem. cit., p. 163). Estos preceptos tienen frecuentes aplicaciones en el ejercicio de la medicina militar.

»NATURALEZA DE LA FIEBRE TIFOIDEA.—No dedicaremos á las discusiones de que ha sido objeto la fiebre tifoidea mas que un corto número de páginas, ahorrando á los lectores la esposicion de las doctrinas que solo se apoyan en hipótesis infundadas. Si hubiesemos de entrar en el estudio de todas las teorías humorales, dinámicas ó mecánicas, espuestas por los autores antiguos y modernos, nos alejariamos de nuestro propósito sin la menor ventaja para la ciencia ni para la practica.

»Las únicas doctrinas de que vamos á hablar son las siguientes: 1.° ¿Es la dotinenteria una fiebre esencial, ó una enfermedad general pirética *con determinacion morbosa en los intestinos y en la superficie cutánea*? 2.° ¿Resulta de una alteracion profunda, primitiva, del sistema nervioso cerebro-espinal? 3.° ¿Es la fiebre tifoidea una enfermedad humoral, que procede: A. de la acumulacion de la bilis ó de materias pútridas en los intestinos, B. ó de una alteracion de la sangre? 4.° ¿Es la fiebre tifoidea una inflamacion de la membrana mucosa de los intestinos delgados, y especialmente de su aparato folicular? 5.° ¿Es un compuesto de diferentes estados órgano-patológicos?

»1.° *¿Es la dotinenteria una fiebre esencial con determinacion morbosa en los intestinos y la piel?* Al hablar de la parte histórica diremos quiénes son los autores, que primero han señalado y descrito las lesiones intestinales y el papel que representan en la produccion de los síntomas. Por ahora nos limitaremos á esponer las razones, con que se ha tratado de hacer prevalecer la esencialidad de la fiebre tifoidea.

»Los que á ejemplo de Willis, de Le Cat, Rœderer y Wagler, de Petit, Serres y Bretonneau, han dado mucha importancia á la erupcion intestinal, no estan de acuerdo acerca del papel que representa en la produccion de los fenómenos nerviosos. Las lesiones de los intestinos, comparadas por Willis, Le Cat, Petit, Serres y Bretonneau, con las pústulas de las viruelas, se han considerado por este último autor como efecto de la fiebre esencial que las precede. La asimilacion que se ha hecho entre la fiebre tifoidea y las eruptivas, como las viruelas, el sarampion y la escarlata, es sumamente esacta bajo una multitud de aspectos, como veremos estudiando la sucesion regular y la causa de los síntomas y de las alteraciones patológicas.

»1.° La dotinenteria ejerce con preferencia sus estragos en cierto período de la vida, antes y despues del cual es muy rara.

»2.° Solo ataca una vez, y hay pocos sugetos que se libren de ella.

»3.° Quizá se desarrolla por contagio, y en algunos casos parece trasmitirse evidentemente por esta via, lo que nunca sucede en las flegmasias. Este caracter la asemeja á muchas pirexias, á las que se atribuyen propiedades contagiosas (fiebres eruptivas, peste, fiebre amarilla, etc.).

»4.° Las lesiones intestinales residen especialmente en los folículos acumulados y aislados, y se presentan con caractéres anatómicos que las distinguen de las demas; son casi constantes, y aun suponiendo que faltasen alguna vez, sucederia entonces con la fiebre ti-

foidea lo que en otras calenturas eruptivas, en las cuales puede faltar ó ser muy escaso el exantema, sin que por eso se ponga en duda la existencia de la fiebre eruptiva. El sitio especial de la alteracion anatómica, el curso á menudo regular del trabajo morboso local, su esacta y constante circunscricion, son otros tantos caractéres que han movido á los autores á compararla con las viruelas, la varicela y otras.

»Difieren algun tanto los autores respecto á la naturaleza de la lesion de las glándulas. Louis la cree producida por una inflamacion de los folículos intestinales. Chomel sostiene tambien esta opinion, y añade que la inflamacion de los folículos es *secundaria* y *diseminada* en muchos puntos (p. 525). No podemos adherirnos á este modo de pensar. Efectivamente, aunque reconocemos con estos autores, que existen en la enfermedad de las glándulas de Peyero la rubicundez, la tumefaccion y el reblandecimiento, no podemos menos de observar, que estas lesiones se encuentran en otras alteraciones morbosas que no son producidas por la inflamacion. Por otra parte la hipertrofia, el reblandecimiento y la ulceracion de los tejidos, son consecutivos al depósito de una materia nueva en la glándula; cuya materia cree Vogel que consista en un líquido fibrinoso segregado de la sangre, el cual coagulado formaria la masa *tífica* ó sea la chapa dura. Vénse en esta con el microscopio: 1.° una materia fundamental amorfa, 2.° granulaciones moleculares, 3.° células incompletas y citoblastos. La separacion de esta masa se verifica por reblandecimiento y ulceracion (*Anatomie pathologique générale*, traducida por Jourdan, p. 248, en 8.°; Paris, 1847). El trabajo de eliminacion seria semejante al que se verifica con la materia tuberculosa ó el cáncer, ó mejor aun á la separacion de una escara. Las últimas investigaciones de Andral suministran otro argumento, que propende á probar que la alteracion de las glándulas de Peyero no es inflamatoria. Ha averiguado este autor, que «las pústulas de las viruelas y las chapas ó glándulas dotinentéricas no aumentan la cantidad relativa de la fibrina» (*Hématologie*, p. 62); al paso que aun las flegmasias mas leves producen este aumento: hay pues una diferencia digna de notarse, y que da mucha luz acerca de la naturaleza de las determinaciones morbosas de las fiebres. Habíase creido hasta ahora, que las pústulas de las viruelas y el exantema de la escarlatina y del sarampion eran inflamaciones cutáneas; pero los analisis hechos por Andral y Gavarret propenden á probar que no pueden considerarse como tales; puesto que lejos de aumentarse la fibrina, permanece en el mismo estado y aun se encuentra á veces disminuida.

»Las lesiones viscerales mas importantes, como son el reblandecimiento ó la congestion sanguínea de la mucosa de los bronquios y de los tejidos pulmonal, hepático y esplénico, contribuyen tambien mucho á ilustrar la cuestion de la naturaleza de la enfermedad de que tratamos; porque efectivamente tales alteraciones solo pueden considerarse como efecto de la disminucion de la fibrina de la sangre, ó como consecutivas á una lesion general del sólido, causada por enfermedades de dicho líquido ó por cualquier otra alteracion humoral. Louis atribuye las lesiones secundarias que acabamos de indicar y aun algunas otras, á la intension y á la larga duracion del movimiento febril; pero esta opinion no puede sostenerse. «No se pretenda, dice Andral, que el bazo presente los trastornos de que acabo de hablar, por la mayor rapidez que adquiere la circulacion; porque en las inflamaciones agudas con fiebre no se observa semejante fenómeno» (*Hematologie*, p. 71). Añádase á esto que, si fuese cierta dicha esplicacion, las numerosas alteraciones cadavéricas que se encuentran en los sugetos que mueren de fiebre tifoidea, deberian ser mas pronunciadas cuando el movimiento febril ha sido muy intenso, lo que está lejos de suceder; y ademas que deberian ser muy marcadas y numerosas en los enfermos atacados de tisis ó de una afeccion pirética de larga duracion, y sin embargo nada de esto se observa.

»Adviértase que en la fiebre tifoidea las diversas congestiones viscerales son de igual naturaleza, cualquiera que sea el tejido afectado. Se las ha llamado bronquitis cuando residen en la mucosa de las vias respiratorias, y sin embargo, por una contradiccion singular, nadie se ha atrevido á llamar esplenitis, hepatitis ó neumonia, á las simples congestiones de estas vísceras en la enfermedad que nos ocupa.

»Recordaremos por último, que la alteracion de las propiedades físicas y químicas de la sangre, y la disminucion de la fibrina, sea absoluta ó relativa, prueban con mucha evidencia, que una causa general domina á todas las alteraciones, lo mismo que á todos los fenómenos morbosos de la dotinenteria.

»5.° Los síntomas indican que el sistema nervioso es el primero que se altera. Hay al principio, como en todas las lesiones generales y especialmente en las pirexias graves, un período de invasion, que se manifiesta por alteraciones nerviosas, por debilidad y postracion de fuerzas; cuyos síntomas adquieren mucho mayor violencia desde la invasion de la dotinenteria. ¿Quién puede dejar de creer, que el estupor y la adinamia que se manifiestan desde el principio, resultan de una alteracion general? ¿ni quién podria atribuirlas á una lesion local, principalmente á la de los intestinos, que no existe todavia, ó que solo consiste en la simple hinchazon de algunas glándulas, distando mucho de hallarse en relacion con la intension de los síntomas nerviosos? Parécenos que seria abusar demasiado de la misteriosa accion de las influencias simpáticas, tratar de referir á la irritacion intestinal síntomas tan

graves y tan generalizados, como son los que presenta la inervacion cerebral. La diseminacion de los síntomas y de los desórdenes cadavéricos solo puede atribuirse á una alteracion del sistema nervioso ó de la sangre. Conviene, pues, examinar separadamente cada una de las siguientes hipótesis: 1.º la que atribuye la fiebre tifoidea á una afeccion primitiva del sistema nervioso; y 2.º la que hace representar el mismo papel á la alteracion de la sangre.

»2.º *Es la lesion de la inervacion primitiva, y produce todos los síntomas?* «Los que en el exámen de las causas de las enfermedades graves toman solo en consideracion el estado del cerebro, dice Bordeu, encuentran aqui fundamentos en que apoyar su opinion: el sopor, el delirio, la epistaxis, la plenitud de los vasos y la sangre estravasada, que se encuentran en la inspeccion cadavérica, les suministran argumentos bastante especiosos» (*Recherches sur le pouls*, en *Œuv. compl.*, t. I, página 359, en 8.º; Paris, 1818). «Las convulsiones, la resecacion, los espasmos, los dolores vagos, los vicios de las secreciones,» y, añadiremos nosotros, los fenómenos atáxicos y adinámicos, «acreditan que esta enfermedad es de las mas nerviosas, *considerada por esta parte*; pero hay algo mas que espasmo y desconcierto en las oscilaciones de los nervios.» Por lo demas ninguna lesion se encuentra en el cerebro, en la médula espinal ni en los nervios, y si nos acogemos á la hipótesis de una simple alteracion funcional, que efectivamente existe, tenemos que admitir que esta alteracion es primitiva, y que los líquidos de la economía, y muy probablemente la sangre, solo adquieren sus modificaciones patológicas de un modo consecutivo.

»3.º *Depende la fiebre tifoidea de una alteracion humoral?* — A. *Determinan esta enfermedad la presencia de la bilis en los intestinos y su paso al torrente circulatorio.* Los autores comprenden de distintas maneras esta doctrina: unos, á imitacion de Stoll, suponen que la fiebre maligna y otras enfermedades resultan de la acumulacion de la saburra y de la bilis en los intestinos, irritados violentamente por estos humores nocivos, y de su penetracion en el torrente circulatorio. «La teoria de Stoll, dice Andral, es por lo menos muy controvertible, porque no es mas que un modo aventurado é hipotético de esplicar cierto orden de hechos» (Estracto de un informe leido en la academia de medicina, acerca del tratamiento de la fiebre tifoidea por los purgantes, en mayo de 1837). De Larroque ha reproducido y sostenido la doctrina de Stoll: en su concepto la fiebre tifoidea tiene su origen en los intestinos, y los síntomas primitivos dependen, no de una inflamacion gastro-intestinal, sino mas bien de un estado saburroso de las primeras vias, de la presencia «de una bilis acre, que altera la mucosa intestinal en los sitios que no estan protejidos por mucosidades, y mas particularmente en aquellos en que permanece mas tiempo. Cuando pasa al torrente circulatorio, con ó sin detritus de las úlceras que ocasiona en los intestinos delgados y en el ciego, determina los mayores desórdenes en todos los aparatos orgánicos; desórdenes que necesariamente estan en relacion con la cantidad de materiales pútridos reabsorvidos» (*Mém. sur la fièv. tiph.*, ob. cit., p. 106 y sig.). Beau, Piedagnel, Bazin, Videcoq y otros, han defendido esta doctrina humoral, con la que se esplican bastante bien el desarrollo de los síntomas pútridos observados en la fiebre tifoidea, el delirio, los saltos de tendones, el fuligo bucal y lingual, la alteracion de la sangre, las hemorragias, las petequias y el reblandecimiento de las visceras. Hay, dice De Larroque, una identidad completa entre estos síntomas y los que se desarrollan cuando se inyectan materias pútridas en los intestinos. Los esperimentos de Gaspard acerca de la accion de las materias sépticas le parece que apoyan victoriosamente su doctrina. La eficacia de los purgantes en el tratamiento de la fiebre tifoidea es la última prueba que dá De Larroque en favor de sus ideas. Vamos á hacer ver, que se puede aducir contra ellas mas de una objecion. En primer lugar no es en los intestinos donde se manifiestan los primeros síntomas de la enfermedad, pues segun queda ya sentado, las alteraciones nerviosas aparecen antes que todas las demas. Por otra parte, seria menester probar que los intestinos contienen bilis ó esa materia á que se ha dado el nombre de saburra, y cuya naturaleza importaria determinar antes de todo. Aun admitiendo que este acúmulo de materia fuese real, ó que se efectuase una secrecion insólita de bilis, todavia faltaria demostrar la naturaleza acrimoniosa de este líquido, pues nadie hasta ahora conoce sus alteraciones; y si se sostuviese que basta el aumento de su cantidad para producir la irritacion de los intestinos y la funesta reabsorcion que de ella proviene, responderiamos con los casos de fiebres biliosas ó de otras enfermedades, en que las materias de las cámaras retenidas en los intestinos no producen sin embargo los síntomas de la calentura tifoidea. Estamos muy dispuestos á creer, que las materias fecales y biliosas pueden ejercer una accion perjudicial en los tejidos alterados de las glándulas de Peyero; pero solo producirán una afeccion local; y por otra parte, si las secreciones intestinales se modifican de una manera morbosa, es porque participan de la alteracion comun á las demas funciones. La lesion de los humores segregados es el efecto y no la causa de la fiebre tifoidea. Advirtamos ahora, que si hemos opuesto fuertes objeciones á la teoria humoral de Stoll y de De Larroque, no es por atacar la medicacion que ha propuesto este último, y á la cual acudimos con mas frecuencia que á ningun otro tratamiento; sino para manifestar únicamente, que esta doctrina no es mas á propósito que las

otras, para descifrarnos la verdadera naturaleza y asiento de la enfermedad.

»B. *La alteracion primitiva de la sangre es la causa de la fiebre tifoidea.* — Bordeu reunió con una sagacidad estraordinaria las pruebas que parecen demostrar que está alterada la sangre en las calenturas malignas. «Es evidente, dice, que el sistema de los humoristas en ningun caso tiene aplicacion mas especiosa, que cuando se trata de esplicar la mayor parte de los síntomas de esta fiebre.» Para apoyar sus ideas sobre esta enfermedad, que él llama *escorbuto agudo*, toma en consideracion los equimosis y el reblandecimiento de las vísceras «magulladas, próximas á entrar en putrefaccion, semejantes á las carnes de un animal á quien se ha hecho correr mucho» (*loc. cit.*, p. 360); la frecuencia de las gangrenas esternas, y lo raro que es encontrar costra y concreciones en las sangraderas, «fenómenos que se ven mucho menos en esta fiebre que en otras, lo cual indica que no hay plétora del jugo mucoso ó nutricio (fibrina) como en las enfermedades inflamatorias» (*loc. cit.*, p. 362). Bordeu supo apreciar admirablemente los principales elementos de la fiebre tifoidea, á la que considera como una enfermedad complexa; y sus observaciones acerca de las alteraciones de la sangre nada dejan que desear, y aun en el dia se hallan á la altura de los descubrimientos mas modernos. ¿Pero será el origen de la fiebre tifoidea esta alteracion evidente demostrada por el análisis química, ó deberemos considerarla como efecto de una causa morbífica que haya obrado en la economia? Esto es lo que ahora nos importa averiguar.

»Andral, á quien se debe un interesante análisis de los caractéres generales de las fiebres, se esplica en estos términos acerca del papel que representa la alteracion de la sangre: «Puesto que la disminucion de la fibrina no existe necesariamente en ninguna pirexia, infiérese que *no debe ser esta alteracion de la sangre el punto de donde parta este órden de enfermedades;* pero lo que me parece incontestable es, que la causa específica que les da origen obra en la sangre, propendiendo á destruir en ella la materia que se coagula espontáneamente; mientras que la causa productora de las verdaderas flegmasias propende por el contrario á crear en la sangre mas cantidad de esta materia. Si esta causa obra con poca energia, ó si la economia se resiste, no se verifica la destruccion de la fibrina; pero si por el contrario la causa continúa obrando con toda su intension, y flaquean las fuerzas del organismo, empezará la destruccion de la fibrina, ora desde el mismo principio de la enfermedad, lo que es muy raro, ora algun tiempo despues. Todo esto se aplica igualmente á la fiebre tifoidea y á las eruptivas. En todos estos casos hay á mi parecer una verdadera intoxicacion: si es ligera, su efecto sobre la sangre, aunque positivo, no será apreciable; pero si es mas intensa, se hará tambien mas sensible su efecto, marcándose por la disminucion de la fibrina. Asi pues, cuando se comprueba en ciertas formas de fiebre tifoidea ó de escarlatina la alteracion de la sangre, que consiste en una tendencia á la destruccion de su materia espontáneamente coagulable, no se conoce mejor la verdadera causa de la enfermedad, que estudiando las alteraciones que existen entonces en las membranas tegumentarias; pero asi como despues de producidas estas alteraciones de la membrana mucosa ó de la piel, tienen su parte en la produccion de los síntomas; del mismo modo una vez desarrollada la lesion particular de la sangre, no puede menos de representar su papel en el curso de la calentura» (*Hématologie*, p. 67).

»No repetiremos lo que ya hemos dicho, hablando de las hemorragias, acerca del reblandecimiento de los tejidos y de las gangrenas; bástanos haber indicado la íntima relacion que hay entre estas alteraciones y el estado de la sangre de que resultan inmediatamente, relacion que se admite generalmente en el dia. Hemos manifestado tambien, que todos los síntomas dependen de una misma causa, y que la adinamia, el delirio y las convulsiones, ya clónicas, ya tónicas, como tambien los síntomas torácicos, etc., se esplican por la alteracion de la sangre; pero que es imposible determinar esactamente la época en que esta se verifica y la causa que la produce; si bien es anterior á la alteracion de las materias contenidas en los intestinos y á la de los demas humores de la economia. Puédese sin duda admitir que la sangre recibe un agente tóxico, miasmático ó de otra naturaleza, y que desde que empieza este agente á recorrer el sistema circulatorio, se manifiestan los primeros síntomas generales; pero como esto no se halla probado, es preferible limitarse á los hechos que conocemos y palpamos. Lo único que se puede asentar es, que el sistema nervioso y la sangre se afectan casi á un mismo tiempo; que no obstante tal vez se modifique este líquido antes que el sistema nervioso, y que en virtud de esta alteracion afecta la enfermedad casi todos los aparatos simultáneamente. «Esta afeccion, dice Bricheteau, parece residir á un tiempo en todas partes y en ninguna con especialidad: es verdaderamente el *morbus totius substantiæ* de nuestros médicos antiguos. Obsérvase á menudo bajo la forma epidémica; algunas veces se comunica por infeccion, ó si se quiere por contagio, y por todos estos motivos tiene mucha analogia con las calenturas pestilenciales, los diferentes tifus, el sudor miliar, y aun la grippe epidémica cuando es muy intensa; enfermedades generales cuyo asiento preciso es imposible fijar» (art. cit., p. 183).

»Aunque conviniendo enteramente en que

la alteracion de la sangre no es mas que uno de los elementos de la fiebre tifoidea, no podemos dejar de observar, que es el mas esencial, y que debe el médico tenerle siempre muy presente al establecer el tratamiento. Partidarios de la medicacion mista y racional, no podemos aconsejar que se atienda esclusivamente á las alteraciones de la sangre; pero sí debemos decir, que hay peligro en hacer sangrias generales ó locales, á no haber indicaciones particulares, que se presentan mas rara vez de lo que se cree.

»Difícil nos parece dejar de conocer, que la fiebre tifoidea es una de las pirexias en que no se ha podido determinar todavia la causa del movimiento febril, y que bajo este concepto merece el nombre de fiebre esencial que le hemos dado (V. *definicion*), pareciéndose enteramente á las demas calenturas primitivas, y principalmente á las eruptivas, junto á las cuales debe colocarse. Si es difícil decir cuál es la lesion que primero se manifiesta, puede al menos asegurarse que la sangre y las funciones del sistema nervioso cerebro-espinal estan alteradas desde el principio, y son el origen de la mayor parte de los síntomas y de los accidentes patológicos que se presentan en el curso de la enfermedad: equimosis, petequias, epistaxis, hemorragias intestinales por exhalacion, gangrena, reblandecimiento de los tejidos, congestiones sanguíneas llamadas pasivas, que se efectuan en muchas vísceras (bazo, pulmon, hígado, mucosa de los bronquios, etc.); tales son los efectos de la alteracion de la sangre, demostrada tambien por el análisis química y por los cambios que esperimentan sus propiedades físicas. Preséntanse al mismo tiempo alteraciones en la inervacion, tales como debilidad, estupor, delirio, movimientos convulsivos y coma, y muy pronto aparecen síntomas abdominales; de suerte que la fiebre tifoidea tiene todos los caractéres de una enfermedad general, cuyos principales rasgos vamos á reproducir, tomando estas consideraciones de un trabajo que uno de nosotros se propone dar á luz sobre este asunto.

»A. La fiebre tifoidea es una enfermedad primitivamente general, que procede, como las viruelas ó el sarampion, de una causa específica desconocida y que debe considerarse como inseparable de la constitucion física del hombre: quizá se desarrolla casi necesariamente una vez en la vida, como sucede con algunos exantemas.

»B. Tiene esta enfermedad una multitud de efectos morbosos, entre los cuales el mas constante se verifica en la membrana mucosa intestinal en un lugar de eleccion. En las fiebres eruptivas se observa un efecto morboso inverso, es decir que en ellas se manifiesta esclusivamente en el tegumento esterno; pero en una y otra fiebre exantemática es variable la intensidad de la erupcion.

»C. Los efectos ó determinaciones morbosas mas constantes, despues de las intestinales, son: 1.º el exantema cutáneo, que asemeja aun mas la dotinenteria á las fiebres eruptivas; 2.º la congestion de la membrana mucosa de las vias aéreas, la cual constituye un exantema, que por su frecuencia mereceria quizá colocarse en la misma línea que la enfermedad de las glándulas de Peyero y que las erupciones cutáneas; 3.º las congestiones sanguíneas de los diferentes tejidos, y especialmente de los parenquimas que abundan en vasos (pulmon, bazo).

»D. La fiebre tifoidea, como ha observado muy bien Bordeu, es un compuesto de elementos morbosos muy diversos; debiéndose añadir, que toma de casi todas las enfermedades del cuadro nosológico alguna lesion ó alguna alteracion dinámica.

»1.º Vénse en ella petequias, equimosis y hemorragias, como en la fiebre amarilla, el escorbuto, el muermo y las afecciones carbuncosas; de lo cual debemos inferir que comprende una causa patogénica, que existe igualmente en estas últimas enfermedades; 2.º produce mortificaciones y gangrenas, como la calentura puerperal, el muermo, la puoemia y las fiebres sépticas; 3.º presenta estertores sibilantes y todos los signos del infarto bronquial y pulmonal, como otras enfermedades acompañadas de postracion y de estupor; 4.º por último, ofrece la congestion esplénica, como la fiebre intermitente y las enfermedades con alteracion de la sangre por el pus (flebitis, puoemia) ó los humores sépticos.

»2.º Si estudiamos ahora las alteraciones dinámicas que presenta el sistema nervioso en la fiebre tifoidea, vemos inmediatamente, que desde el mas ligero estupor hasta las alteraciones mas marcadas de la inteligencia, desde la simple debilidad muscular hasta los movimientos convulsivos mas intensos, todos los desórdenes de la motilidad y de la inteligencia se encuentran reunidos en ella, como en las enfermedades en que estan alteradas y pervertidas estas funciones, sin que haya lesion visible en los tejidos. Los mismos síntomas se observan en las neurosis del movimiento de la sensibilidad y de la inteligencia; de donde es preciso concluir que hay un elemento morboso comun á todas estas enfermedades. Por último, se manifiesta en la fiebre tifoidea la intermitencia y la remitencia del movimiento febril como en las calenturas de los pantanos, lo que contribuye á demostrar que deben colocarse estas dos especies de fiebres en la gran clase de las fiebres esenciales.

»Terminaremos estas proposiciones diciendo, que la fiebre tifoidea, sobre todo en sus formas graves, es la síntesis de todas las enfermedades del hombre ó de la mayor parte de sus síntomas; es como la presentacion, en un solo sugeto, de los principales accidentes del cuadro nosológico: exantemas, hemorragias, alteraciones de la sangre, reblandecimiento,

gangrena, neurosis, movimiento febril continuo, remitente é intermitente, etc., etc. De cada enfermedad toma alguna alteracion, que figura en su sintomatologia ó en la historia de sus lesiones. Los grandes *modos patológicos* tienen todos en ella algun desórden ó síntoma que los represente; ninguno le pertenece en particular, á no ser la lesion de las glándulas de Peyero, que no se encuentra en ninguna otra enfermedad.

»La única deduccion que puede sacarse de estas reflexiones, es que la sangre y el sistema nervioso son el verdadero origen de todas las lesiones y de todos los síntomas que caracterizan la fiebre tifoidea. Prueba de ello es, que en las enfermedades en que está alterada la sangre por contener pus ó materias sépticas, ó en que se halla modificada su composicion química por falta de fibrina, se ven aparecer las hemorragias, las gangrenas, los reblandecimientos y las congestiones, que tan constantes son en las fiebres tifoideas. Mas deberá considerarse en último análisis la disminucion de la fibrina, como la única alteracion humoral de donde resultan los síntomas indicados? Ya hemos respondido negativamente, y ahora citaremos ademas en apoyo de nuestra opinion la fiebre intermitente, el muermo, el carbunco y el envenenamiento por sustancias sépticas, que aunque procedentes de causas tóxicas muy distintas, producen no obstante lesiones comunes. Las alteraciones del sistema nervioso no se esplican tampoco de un modo satisfactorio por la modificacion de la sangre, puesto que se observan en las afecciones saturninas, en el envenenamiento por el alcohol y en otras enfermedades, cuya causa y naturaleza difieren estraordinariamente. Asi pues, si bien es justo hacer representar un papel esencial á las alteraciones de la sangre y á los desarreglos del sistema nervioso, no es posible decir con certeza en qué consisten. Lo que se puede afirmar es, que propenden á escluir las flegmasias, las cuales rara vez se presentan en el curso de la fiebre tifoidea. La erisipela, y algunas veces la enteritis y la pulmonia franca, son las únicas inflamaciones que suelen observarse, y aun esas con poca frecuencia, especialmente las dos últimas.

»Por último, se tendria una idea incompleta de la naturaleza de la dotinenteria, si no se supiese que intervienen en la produccion de sus síntomas y de sus complicaciones otros elementos, que esplican perfectamente ciertas variaciones que presenta y que le son estrañas. Puédense esplicar muchas formas de la enfermedad por las condiciones particulares en que se encuentra el sugeto; porque efectivamente, si tiene una constitucion fuerte y plétorica, ó debilitada por las privaciones, los disgustos ó una enfermedad crónica, en el momento de desarrollarse la calentura; ó si está atacado de cloro-anemia ó de alguna afeccion crónica; la fiebre tifoidea presentará, en el primer caso la forma inflamatoria, y la ataxo-adinámica muy graduada en el segundo, sin que haya variado por esto la naturaleza del mal. Si examinamos las observaciones hechas en diferentes épocas por los autores antiguos y modernos, vemos que en ciertos pueblos y en condiciones higiénicas dadas, la fiebre dotinentérica venia acompañada con mucha mas frecuencia que en el dia, de hemorragias, equimosis y gangrenas; que ya era catarral, ya biliosa, ó ya se distinguia por la generacion de una gran cantidad de lombrices intestinales, etc. Ultimamente, para tener una idea esacta de la enfermedad, será muy importante recordar, que las influencias epidémicas, la aglomeracion de muchos individuos sanos ó enfermos en un mismo sitio, el contagio y la infeccion, dan á la dotinenteria caractéres bastante diferentes de los que ofrece por lo comun, sin que por eso varie la afeccion en el fondo.

»4.º *Es la fiebre tifoidea una enteritis simple ó foliculosa*?—Broussais trata de asentar, valiéndose de todas las pruebas posibles, sacadas de la anatomia patológica y de la sintomatologia, que la fiebre tifoidea no es mas que una gastro-enteritis. En el cap. 29 del *Examen de las doctrinas médicas* espuso sus opiniones acerca de esta enfermedad, y las reprodujo hasta los últimos años de su vida. Segun Broussais, la inflamacion gastro-intestinal es la única causa de todos los síntomas que se observan en la fiebre tifoidea; propende á propagarse sucesivamente y á desarrollarse en casi todos los órganos, en la boca, en la faringe, en los órganos genitales, etc.; y estas flegmasias esplican las lesiones y los síntomas. «El estado atáxico anuncia una irritacion poco menos que inflamatoria de la periferia del cerebro, y el adinámico anuncia que la congestion cerebral camina al mismo paso que la del conducto digestivo» (*Traité de pathologie et de thérapeutique générales*, t. I, p. 529, en 8.º; Paris, 1834). «Siendo intensa la inflamacion del conducto digestivo, se comunica á otros puntos, afectándose mas ó menos todos los órganos que simpatizan con él, con arreglo á diferentes circunstancias, tales como la estacion, la edad, el sexo, los hábitos, el estado anterior del órgano y su grado de actividad» (*loc. cit.*, p. 621). «El que haya abusado de los líquidos espirituosos ó padecido afecciones morales vivas, estará mas espuesto á las irritaciones encefálicas; en invierno será mas frecuente la complicacion de las flegmasias pulmonales, etc. Cuando se ha desarrollado la inflamacion en una superficie muy estensa, se trasmite, se propaga y por decirlo asi, es contagiosa en la economia» (*loc. cit.*, p. 621).

»Segun Broussais, las lesiones cadavéricas no prueban menos que los síntomas la flegmasia gastro-intestinal, y describe por supuesto, como otros tantos vestigios del trabajo patológico, todas las alteraciones viscerales sin

escepcion: la hipertrofia, el reblandecimiento, la gangrena, «la peritonitis, la bronquitis, la congestion del pulmon, frecuente en invierno, la cistitis, la nefritis, la faringitis y la laringitis, que son verdaderamente una especie de desbordamiento de la flegmasia interior» (página 529). La inflamacion esterior desorganiza igualmente y propende á la gangrena. Al fin de la enfermedad, no solo se observan inflamaciones de los tejidos cutáneos, sino tambien flegmasias cruptivas, parótidas y gastro-enteritis incoercibles ó violentamente estimuladas» (p. 530).

»No titubeó Broussais un solo instante, en vista del asiento especial del desórden anatómico localizado en los intestinos delgados; sino que aseguró atrevidamente, que la flegmasia no se hallaba circunscrita á los folículos, y que estos solo estaban afectados porque forman parte de la túnica vellosa. «No es necesaria semejante erupcion para que existan los síntomas tifoideos ó adinámicos, los cuales se encuentran en muchos casos, en que no estan dichos foliculos desarrollados, hinchados ni alterados, y en que por el contrario está sumamente inflamada la membrana mucosa gastro-intestinal» (p. 617). Es curioso ver á Broussais tratando de probar que la fiebre tifoidea es una gastro-enteritis ordinaria; al paso que los que admiten esta flegmasia, se esfuerzan en demostrar que ocupa los folículos. Entregamos sin comentarios al examen crítico de nuestros lectores las proposiciones harto estrañas de Broussais; proposiciones sostenidas, si bien con importantes modificaciones, por muchos de los médicos cuyas doctrinas vamos á esponer sucintamente.

»Bouillaud considera «como elemento esencial y fundamental de la fiebre tifoidea la inflamacion de los folículos acumulados y aislados de la membrana mucosa de los intestinos delgados, que se conocen generalmente con los nombres de *glándulas de Peyero y de Brunero*» (*Nosograph.*, *loc. cit.*, p. 93). «Cuando esta inflamacion ha llegado á su segundo y tercer periodo determina, entre otras alteraciones, úlceras mas ó menos numerosas, estensas y profundas. Estas úlceras, en contacto con materias sépticas, líquidas ó gaseosas, son otras tantas superficies absorventes ó reabsorventes, y el resultado inevitable de esta absorcion ó reabsorcion accidental es la infeccion séptica de la masa sanguínea. Asi, pues, mientras que en el primer periodo predominaban los síntomas inflamatorios, y los fenómenos sépticos propiamente dichos eran nulos ó al menos estaban muy poco marcados, en el segundo y tercero predominan por el contrario estos últimos y se desarrollan en toda su plenitud» (*loc. cit.*, p. 129). Bouillaud reconoce abiertamente, que «en los casos de fiebre llamada *tifoidea* en que existen las alteraciones de los folículos anteriormente descritas, la inflamacion que las ha producido ha sido realmente el origen, el foco primitivo de la fiebre. Si esta, aunque exenta al principio de fenómenos pútridos bien caracterizados, abandonada a su curso natural no tarda en presentarlos, es porque en razon de su sitio especial y de las alteraciones locales que trae muy pronto consigo, se convierte en un verdadero foco de infeccion pútrida de la sangre» (p. 131). Es imposible ser mas esplícito que Bouillaud, y admitir con mas claridad dos elementos morbosos diferentes en la fiebre tifoidea: uno primitivo que es la causa del otro, y que consiste en la inflamacion intestinal; y otro consecutivo y que se desarrolla únicamente en el segundo y tercer periodo, cual es la alteracion séptica de la sangre. Mas adelante espondremos en pocas palabras los argumentos decisivos, que hacen inadmisible cualquier teoria en que haga el primer papel la inflamacion intestinal.

»Sin arredrarse Forget por las poderosas objeciones hechas á la doctrina de Broussais, ha tratado de apoyarla con argumentos, que en nada se diferencian de los reunidos en los escritos del ilustre fundador de la medicina fisiológica. No ve en la fiebre tifoidea mas que una enteritis foliculosa, es decir, una inflamacion de los folículos intestinales, que es el caracter fundamental de la enfermedad (ob. cit., p. 521). «Esta lesion es muy probablemente primitiva, y aunque fuese secundaria, no se la podria asimilar á los exantemas febriles, especialmente á las viruelas; pero sea primitiva ó secundaria, reclama esencialmente la atencion del práctico» (p. 547). El doctor Jacquot ha refutado victoriosamente la proposicion de Forget (V. *Recherches*, etc., tés. cit., p. 31 y siguientes).

»Indiquemos ya en breves palabras los argumentos que destruyen enteramente la doctrina de la inflamacion, aplicada al caso actual.

»A. *La lesion intestinal no es inflamatoria.* La sangre no presenta los caractéres físicos y químicos propios de las flegmasias; la misma lesion, limitada á la chapa y constituida por la hipertrofia de los folículos y por el depósito de una materia blanca particular, ofrece caractéres propios, enteramente diferentes de los que pertenecen á las flegmasias. Se la puede asimilar á las pústulas de las viruelas y al exantema de la escarlatina ó del sarampion, y nadie considera en el dia estas enfermedades como inflamaciones del dermis.

»B. Aun admitiendo que la lesion fuese inflamatoria ¿se seguiria que la fiebre tifoidea era una calentura sintomática de la inflamacion intestinal? De ningun modo; porque esta se desarrolla despues de la manifestacion del movimiento febril ó por lo menos al mismo tiempo. ¿Quién se decidiria á atribuir la fiebre de las viruelas, del sarampion, de la escarlatina, al exantema cutáneo? Los partidarios de la inflamacion nada tienen que decir, cuando encuentran cuatro ó cinco glándulas de Peye-

ro hipertrofiadas y sin ulceracion, en un sugeto fallecido hácia el fin del primer septenario; porque entonces no pueden sostener su flegmasia intestinal. Por el contrario, en la hipótesis de que la lesion folicular es un efecto de la enfermedad, se esplica la muerte comparando esta terminacion con la que se verifica en los sugetos, en quienes no se efectúa fácilmente la erupcion de las viruelas, el sarampion ó la escarlatina, ó falta enteramente este efecto morboso esterior.

»C. Puede muy bien no faltar nunca la lesion de las glándulas, aunque lo niegan algunos, sin que se la deba considerar como la causa de la fiebre tifoidea. Genest observa con razon, que no hay derecho para considerar una lesion como causa de una enfermedad, porque se la encuentre en ella ordinariamente (análisis de las obras de Forget en *Gaz. méd.*, p. 142; 1842). Sin hablar de la congestion esplénica en las fiebres intermitentes, ni de la lesion intestinal en el cólera ¡cuántas alteraciones hay, que no pueden esplicar por sí solas las enfermedades en que se observan!

»D. La mayor parte de los síntomas, y con especialidad los mas graves, no provienen del conducto intestinal. Efectivamente, no se le pueden atribuir el estupor, la adinamia, la epistaxis, el exantema cutáneo, ni la alteracion de la sangre. Los que desechan la hipótesis de la alteracion humoral tienen que atribuirlo todo á la inflamacion, y han sido precisos todo el talento y toda la reputacion de Broussais, para sostener semejantes ideas, que en el dia se hallan casi enteramente abandonadas.

»5.° *Será la fiebre tifoidea un compuesto de diferentes estados orgánico-patológicos?*— Bordeu ha sostenido esta opinion de un modo muy notable: «Esta fiebre, dice, es un desórden compuesto del de la mayor parte de los órganos. Sus numerosos síntomas, con frecuencia opuestos entre sí, no pueden depender de una sola causa; y asi es que todos los sistemas acerca de la etiologia de las enfermedades pueden encontrar aplicacion en la calentura maligna. Esta afeccion presta argumentos á todas las doctrinas, sin que ninguna pueda fijar esactamente su naturaleza» (Obras compl., *loc. cit.*, p. 359). Parece que Bordeu habia previsto el desacuerdo, que debia reinar mas adelante entre los médicos respecto de la fiebre tifoidea. Recorriendo los diferentes síntomas y las alteraciones propias de esta enfermedad, prueba que aparecen sucesivamente durante su curso: movimientos convulsivos, alteraciones cerebrales intensas (delirio, sopor), síntomas abdominales (dolores de vientre, meteorismo, diarrea) y desórdenes torácicos, como la irregularidad y la dificultad de la respiracion, que manifiestan hallarse afectado el pecho en la fiebre maligna. Las determinaciones morbosas cutáneas no son menos frecuentes que las demas. Bordeu habla en seguida de las alteraciones de la sangre, y añade: «Es evidente que el sistema de los humoristas se aplica muy bien á muchos de los síntomas de esta fiebre: la disolucion de la sangre, su coagulacion y sus mezclas viciosas, son consecuencias necesarias de la suspension de las secreciones. No hay duda, pues, que debe considerarse la fiebre maligna como un conjunto de muchas enfermedades reunidas; puesto que cuando se halla bien caracterizada, estan á la vez atacados los nervios, afectado el cerebro, alterados y mal combinados los humores. La inflamacion, que es á menudo á la que se dirigen los principales medios del tratamiento en la fiebre maligna, no parece ni con mucho tan temible como otros síntomas de la misma enfermedad.» Podriamos copiar aqui todas las páginas consagradas por Bordeu al estudio de la fiebre maligna, porque abundan en ideas ingeniosas y ofrecen tal caracter de verdad, que parecen escritas de ayer: diremos mas; es imposible, aun en el dia, hacer observaciones mas esactas acerca de la naturaleza de la fiebre tifoidea, y hubiera sido de desear que muchos médicos modernos se hubiesen atenido á la doctrina que acabamos de referir. En semejantes casos retroceder es progresar, si en el camino andado se da con hombres de tanta cuenta como el ilustre Bordeu.

»En estos últimos tiempos ha presentado Piorry algunas ideas acerca de la calentura tifoidea, que, sin conocerlo él mismo, se asemejan mucho á las que Bordeu formulára con tanta esactitud. Segun él, el estado febril y las lesiones anatómicas de esta fiebre no pueden confundirse en un mismo estudio patológico y práctico; hay que distinguir en ella los fenómenos generales, que atribuye á la septicoemia ó alteracion séptica de la sangre, y los que resultan de la inflamacion de los intestinos; los demas estados orgánico-patológicos son las alteraciones del bazo, de la sangre, del pulmon, etc. (*Traité de méd. prat.*, t. IV, p. 268, en 8.°; París, 1844). El autor que acabamos de citar ha sacado escelentes deducciones prácticas de esta doctrina, que conduce necesariamente á una terapéutica racional.

»Clasificacion.—El lugar que señalan los patólogos á la fiebre tifoidea varia segun sus opiniones acerca de esta enfermedad. Fracastorio coloca las formas inflamatoria, biliosa y pituitosa, entre las fiebres petequiales. Las fiebres malignas de Sidenham comprenden, á no dudarlo, el *tiphus nostras*: Chirac le describe con el mismo título (*Traité des fièvres malignes*, y véase bibliografia). Huxham le espone muy esactamente en su *Essai sur les fièvres*, y divide la calentura en simple, pútrida, maligna ó petequial, y en fiebre lenta nerviosa. Pringle, por mas que se haya dicho, considera la fiebre maligna como una calentura esencial, pútrida y asténica. En la nosografía de Sauvages ocupa la clase II (febres), orden 2.° (continuæ),

y está implícitamente contenida en la efémera, en la sinoca, el sinoco y el tifus.

»Cullen coloca en la seccion II de las fiebres continuas el tifus, que comprende las siguientes especies, ó mas bien, segun dice, variedades ó sinónimos de la misma enfermedad: el tifus nervioso, el comatoso, la fiebre pestilencial de Fracastorio y de Foresto, la fiebre maligna héctica, la nerviosa convulsiva de Willis, la fiebre del año de 1685 descrita por Sidenham, la pútrida nerviosa de Wintringham, la lenta nerviosa de Huxham (que es la nerviosa de Willis), la fiebre catarral maligna petequial de Juncker y de Weitbrecht, la fiebre contagiosa de Lind, y por último el tifus de los campamentos, de las cárceles, de los hospitales, de los bageles, la fiebre de Hungria, la miliar náutica y la escorbútica. Hemos citado esta larga nomenclatura, para probar que Cullen conoció muy bien las afinidades que reunen las diferentes fiebres (*Genera morborum* y *Elem. de méd. prat.*, t. I, p. 138, en 8.°; París, 1819).

»Baglivio considera la enfermedad como una fiebre maligna y mesentérica. La causa debe atribuirse, segun él, á la inflamacion de las vísceras y á la presencia de un humor depositado en las primeras vias y en la sangre (*Oper. omn.*, t. I, p. 70, edic. de Pinel, en 8.°; Paris, 1788).

»No trataremos de establecer, si hay una concordancia esacta entre las fiebres de Pinel y las diferentes formas de nuestra calentura tifoidea. Sabido es que las fiebres adinámicas ó pútridas (orden 4.°) y las atáxicas ó malignas (orden 5.°) son principalmente las que mejor corresponden á la fiebre tifoidea, y que sin embargo las pituitosas ó mucosas (orden 3.°), las biliosas ó gástricas (orden 2.°) y las inflamatorias (orden 1.°) se refieren tambien á la misma enfermedad (*Nosographie philosophique*, t. I).

»Prost no vacila en declarar, que es constante en las fiebres atáxicas la inflamacion de la cara interna de los intestinos, y que produce por simpatia la alteracion de las funciones animales, la postracion y otros muchos fenómenos. La fiebre adinamica procede de la misma causa (*Médécine eclairée par l'observation et l'overture du corps*, t. I, pág. 8 y 55, en 8.°; Paris, 1804). Infiérese de aqui que Prost miraba la fiebre tifoidea como una afeccion sintomática. Petit y Serres consideran la fiebre entero-mesentérica como una calentura maligna; el esacto conocimiento que habian adquirido acerca del sitio de la principal lesion cadavérica, no fue parte para disuadirles de semejante opinion (ob. cit., introd., p. 15 y 29). Broussais y su escuela colocan la fiebre tifoidea entre las inflamaciones de los intestinos. Bouillaud la pone al lado de la duodenitis y de la colitis, entre las inflamaciones de la membrana mucosa gastro-intestinal (*Nosographie* cit., grupo 2, t. III). Bretonneau y sus discípulos ven en la enfermedad que nos ocupa una fiebre exantemática, que puede compararse con los exantemas cutáneos.

»Los médicos de nuestra época convienen en colocar de nuevo la dotinenteria en la clase de las fiebres esenciales, al lado del tifus epidémico, de la peste y de la fiebre amarilla: tal es en efecto su verdadero lugar nosográfico.

»En la distribucion metódica de las materias que uno de nosotros habia reunido para su curso de patologia interna, dispuso las enfermedades generales del modo siguiente: Primer género. *Fiebres en que el único fenómeno característico es un movimiento febril intermitente.* Segundo género. *Fiebres en que se manifiestan las determinaciones morbosas en la membrana mucosa gastro-intestinal.*: A. la alteracion consiste en un flujo sanguíneo sin lesion de las membranas (fiebre amarilla); B. en un flujo sanguíneo con alteraciones limitadas á los intestinos gruesos (disenteria); C. en un flujo abundante sero-mucoso con alteracion del aparato folicular intestinal (cólera morbo); D. en una alteracion de los folículos acumulados (fiebre tifoidea y tifus). Tercer género. *Enfermedades generales cuyas determinaciones morbosas se manifiestan en el tegumento esterno:* peste, carbunco, pústula maligna, muermo agudo, lamparones (mortificacion, bubon, hemorragia), sudor inglés (sudores copiosos), viruelas, escarlatina, sarampion, etc.

»Historia y bibliografía.—Se ha agitado la cuestion de si los médicos de la escuela griega conocieron y describieron nuestra fiebre tifoidea. Nos es imposible desenvolver este punto tan ámpliamente como seria necesario para tratarle á fondo. Por otra parte el resultado que obtuviesemos solo seria útil para la historia de la medicina, y apenas interesaria á los prácticos. Germain ha tratado de probar, que las observaciones de Hipócrates corresponden á las fiebres de Pinel, es decir, á nuestra calentura tifoidea (*Les épidémies d'Hippocrate peuvent elles être raportées à un cadre nosologique?* disert. inaug.; Paris, 1803). Despues de haber comparado Littré las observaciones de los médicos que han observado en la Grecia moderna, y las que se encuentran en las *Epidemias* de Hipócrates, asienta: «1.° Que las fiebres remitentes y seudo-continuas de los paises cálidos se diferencian de las continuas de los paises templados, y en particular de las de Paris; 2.° que las fiebres descritas en las *Epidemias* de Hipócrates se diferencian tambien de nuestras calenturas continuas; 3.° que las fiebres descritas en las *Epidemias* tienen en apariencia mucha semejanza con las de los paises cálidos; 4.° añade Littré que la semejanza no es menor en los pormenores que en el conjunto; 5.° en unas y otras presentan los hipocondrios un carácter especial en la tercera parte de los casos; 6.° en unas y otras puede secarse la lengua despues de los tres primeros dias; 7.° en unas y otras hay pirexias mas ó menos largas, mas ó menos

completas; 8.° en unas y otras puede ser el curso estraordinariamente rápido, y terminar la enfermedad en tres ó cuatro dias, ora en la salud, ora en la muerte; 9.° en todas ellas se presenta en el cuello una sensacion dolorosa; 10. en todas hay mucha tendencia á enfriarse el cuerpo, al sudor frio y á la lividez de las estremidades» (*Œuv. comp. d'Hippocrate*, t. II, p. 566, en 8.° 1839). Admírase Littré de que no se haya conocido en tanto tiempo, que son idénticas las fiebres remitentes y seudo-continuas de los paises cálidos y las que Hipócrates describe en sus *Epidemias*. El *causus* ó fiebre ardiente de que habla el médico griego es, segun él, una variedad de las calenturas remitentes y continuas de origen pantanoso. Lo mismo dice de la *frenitis*, en la cual viene acompañada la fiebre de delirio, carfologia y pulso pequeño y contraido, y por último del *lethargus*, caracterizado por la soñolencia y el coma. Las seudo-continuas, las perniciosas, delirantes y comatosas de los paises pantanosos son, en su concepto, las enfermedades que corresponden esactamente á las tres entidades morbosas de que acabamos de hablar. No podemos conceder mas espacio á las interesantes investigaciones de que ha sido objeto este punto de piretologia. Littré le ha tratado con una erudicion y un cuidado estraordinarios, y lo mejor que podemos hacer es remitir al lector á su escelente obra, sin participar no obstante de su opinion acerca de la identidad de estas fiebres.

»La historia de la fiebre tifoidea se confunde á cada paso con la de las demas fiebres. Efectivamente, las enfermedades febriles estaban todas reunidas en una época poco distante todavia de la nuestra, bajo la denominacion comun de calenturas, y solo se distinguian entre sí por medio de nombres particulares, sacados por lo comun de un síntoma grave ó de la supuesta naturaleza de la enfermedad. Es pues muy difícil separar lo que pertenece á la fiebre tifoidea, de lo que es propio de afecciones piréticas mas ó menos semejantes y del tifus, que se pretende de nuevo reunir con la dotinenteria. Sea como quiera, haremos lo posible por no invadir la historia general de las fiebres, que hemos trazado ya en su lugar oportuno, y limitarnos al estudio de la que ahora nos ocupa.

»Atribúyese á Fracastorio el honor de haber indicado en su *Tratado de las fiebres petequiales* las formas biliosa, mucosa é inflamatoria, de nuestra fiebre tifoidea (Forget, ob. cit., página 5). Fue este médico poco partidario de las sangrias, como puede juzgarse por el pasage siguiente: «Con razon se teme la flebotomia; porque es cierto que la mayor parte de los que son sangrados mueren poco tiempo despues ó se empeoran, como sucedió en 1505 y en 1528» (*Opera omnia*, p. 224). Recordaremos únicamente como de paso, que Baillou, á quien se ha citado como uno de los partidarios mas decididos de la sangria, no se concreta siempre á este único método de tratamiento, segun aparece en un pasage de sus *Consejos* (lib. I, consilia 72, p. 328, t. II, en *Opera omnia*, en 4.°; Ginebra, 1762), en el que prohibe sangrar cuando aparecen la adinamia, las petequias y los equimosis: *Audax ne esto in secanda vena*; ó que si nos decidimos á sacar sangre, sea con moderacion *(parcissima manu)*. Cuando cree que por la violencia de la inflamacion está indicada la sangria, quiere que se abra atrevidamente la vena, no una vez, sino muchas: *non ut quid semel fiat, sed iterato*. Habla de un barbero cuya fiebre *yuguló*: «atque huic tonsori »multa sectione venæ ocurrimus, ut insigniter »sævientem febrem *confoderemus ac jugulare»mus*» (p. 329). Hemos hecho estas diferentes citas, para demostrar que Baillou, como Sidenham y otros buenos observadores, no eran esclusivos respecto del tratamiento, sino que sabian variarlo de mil modos y segun las indicaciones. En las relaciones de la epidemia que sufrió Paris en 1573 se encuentran todos los síntomas de la forma adinámica y atáxica de la dotinenteria (t. I, p. 23).

»Botal se ha hecho célebre por el modo rigoroso con que formula las emisiones sanguíneas: quiere que al principio de la fiebre en sugetos de medianas fuerzas, y en el espacio de treinta y seis horas á dos dias, se practiquen tres ó cuatro sangrias, proporcionadas á la violencia y á la persistencia del mal. Nunca pasaba de esta cantidad. Las indicaciones particulares, las fuerzas del sugeto, el número de sangrias, la cantidad de sangre y el tiempo que debia trascurrir despues de cada emision, todo lo habia sometido á reglas fijas (*De curatione per sanguinis missionem*; Lion, en 8.°, 1577, y en *Opera omnia medica*, etc., p. 159; Leyden, en 8.°, 1660).

»Ya hemos tenido ocasion de observar que Sidenham, aunque partidario de las sangrias en muchas epidemias de fiebres malignas, no se limita solo á este tratamiento (*Œuvres completes*, t. I, trad. de Jault). Por lo demas, sin que dejemos de profesar al ilustre médico inglés la mas profunda veneracion, debemos decir, que apenas adelantó el estudio de las fiebres malignas, y que si bien opinaba que en estas enfermedades existia una inflamacion violenta, no habia formado detenidamente su opinion acerca de este asunto. Era ante todo infatigable observador de las epidemias, y por lo tanto enemigo de las medicaciones sistemáticas.

»Háse atribuido á Willis el honor de haber dado á conocer en las fiebres continuas las úlceras intestinales, y de haberlas comparado con las pústulas y con las inflamaciones que se manifiestan en la piel en ciertas enfermedades (cita tomada del art. FIEBRE, por Littré, *Dict. de méd.*, p. 118). La lectura de este pasage nos deja en duda, y aun nos inclinamos á creer, que Willis quiso indicar las úlceras disentéricas y no las glándulas de Peyero. Tambien nos

parece muy oscura la descripcion hecha por Lecat, quien dice haber visto dos veces pústulas de relieve en los intestinos, como granos de viruelas, desde el tamaño de una cabeza de alfiler grande, hasta el de la estremidad del dedo pequeño. Algunos trozos, añade, de los intestinos delgados tenian en su túnica vellosa pústulas gangrenosas, semejantes á las del estómago, que sobresalian hácia dentro como si fuesen glándulas infartadas y gangrenosas, y en todas las túnicas correspondientes á estas pústulas se distinguia, al través de la primera, una chapa purpúrea mas estensa que la pústula (*Recueil d'observations de médecine*, por Richard de Hautesierck, t. I, p. 375). Petit y Serres, de quien tomamos esta cita, se inclinan á creer que la alteracion estaba constituida por las chapas de Peyero (ob. cit., p. 181). Mas adelante demostraremos que Roederer y Wagler conocieron y describieron mejor que nadie las lesiones propias de la fiebre tifoidea.

»Facil nos seria demostrar con numerosas citas, que casi todos los autores que han escrito con alguna distincion acerca de las fiebres, han indicado mas ó menos esplicitamente muchas particularidades de la tifoidea; de modo que todos los que han inventado alguna doctrina, han podido encontrar en los escritos de estos autores argumentos en apoyo de su opinion. Boerhaave quiere que se sangre al principio de la fiebre sinoca no pútrida (aphor. 473), y que se renuncie á este tratamiento en las fiebres pútridas. Chirac hizo muchas autopsias, que le indugeron á creer que la causa de las fiebres era una inflamacion del cerebro y de los órganos digestivos (*Traité des fièvres malignes*, en 12.°; Paris, 1742). Georget le alaba mucho por haber localizado de este modo las fiebres (*Arch. gén. de méd.*, t. I; 1823).

»No podemos pasar en silencio las juiciosas observaciones publicadas por Bordeu sobre la fiebre maligna (*Œuvres completes*, t. I, p. 359, en 8.°; Paris, 1818). Lo que dice de su naturaleza y causa hubiera debido llamar la atencion de sus contemporáneos, que solian abandonar la observacion de la naturaleza, por correr tras las teorias de Chirac ó de las singulares doctrinas humoristas que estaban entonces en boga.

»Baglivio, en una descripcion sucinta de las fiebres malignas y mesentéricas, da una idea esacta de sus principales síntomas, y las hace depender, ora de una inflamacion de las vísceras, y particularmente del estómago, y ora del infarto de las glándulas mesentéricas. «Ti»phos febris est ardentis species quæ totum »occupat ventriculum» (*Opera omnia*, t. I, p. 78, en 8.°; Paris, 1788). En las inflamaciones de este género, dice Baglivio, hay que sacar sangre inmediatamente.

»No haremos mas que citar los trabajos de Huxham (*Essai sur les fièvres*), de Pringle (*Maladies des armeés*) y de Stoll (*Médecine pratique*), aunque han hecho servicios incontestables á la piretologia; pues preferimos consagrar algun tiempo al examen crítico de las obras en que se considera la fiebre tifoidea bajo un punto de vista que se separa poco de las doctrinas generalmente admitidas en el dia. Bajo este aspecto merece citarse en primera línea el tratado de la enfermedad mucosa de Roederer y Wagler (*De morbo mucoso liber singularis*, en 4.°, Goet., 1762. *Tractatus de morbo mucoso*, Goet., 1783, trad. al francés por Leprieur, en 8.°; Paris, 1806). En estos dos médicos recae incontestablemente el honor de haber descrito mejor que ninguno de sus predecesores las principales alteraciones de la fiebre tifoidea, la forma punteada negra (p. 300), la chapa estampada, la forma diseminada y aun el reblandecimiento gangrenoso. Nadie debe ignorar, que conocieron muy bien el asiento especial de la lesion en los folículos aislados y acumulados, y que pintaron muy esactamente en su libro la psorenteria ó hipertrofia de los folículos aislados (p. 262 y sig.). Recordemos por último, que estos distinguidos observadores indicaron todos los síntomas de la enfermedad, las diferentes erupciones, el estupor, el delirio, el coma, las alteraciones del aparato digestivo (p. 118 y sig.), la afeccion bronquial y el infarto neumónico (p. 127), y en una palabra las principales formas que conocemos en el dia. Diremos por último, para hacer entera justicia al tratado de la dotinenteria de Roederer y Wagler, que contiene todo cuanto se halla descrito en los libros modernos con mas esactitud y con mayores conocimientos de anatomia patológica.

»Sarcona, en su *Histoire raisonée des maladies observées à Naples pendant le cours entier de l'année* 1764 (trad. por Bellay, en 8.°: Paris, 1804), trae gran número de lesiones como pertenecientes á la fiebre tifoidea, con especialidad las que tienen su asiento en los intestinos (t. II, p. 120, la hipertrofia de las glándulas mesentéricas que le habia indicado Cotugno (p. 125) y el infarto pulmonal (126). Sin embargo añadiremos, que en su relacion figuran síntomas y descripciones que no pertenecen á la fiebre tifoidea.

»Marcaremos en esta historia el sitio que debe ocupar Pinel; pero observaremos que fue menos feliz que Roederer y Wagler, y aun que Baglivio, Huxham, Bordeu y otros. Efectivamente, lejos de referir á lesiones bien determinadas de los sólidos ó de los líquidos el desarrollo de las fiebres, las agrupa de nuevo y las separa en cinco órdenes distintos (inflamatoria, biliosa, mucosa, pútrida o adinámica, maligna ó atáxica), invalidando asi completamente la localizacion, que buscaba sin embargo con el mayor empeño, y cuya importancia para la nosografia habia comprendido (*Nosographie philosophique*, t. I). Fueron necesarios nuevos esfuerzos, para volver á encontrar las lesiones esenciales de las fiebres, y este honor estaba reservado á Prost. Detenido al prin-

cipio por las dificultades insuperables que le oponian las divisiones de las calenturas admitidas entonces, siguió el único camino que podia conducirle al descubrimiento de la verdad, estudiando todas las alteraciones orgánicas de las enfermedades: «Lejos, dice, de buscar su causa en los órganos donde se suponia residir, he querido conocer todos los desórdenes de los órganos en las enfermedades, y las diferencias que durante su curso se pueden observar en los fluidos y en los sólidos» (*Médecine eclairée par l'observation et l'ouverture des corps*, t. I, en 8.º; Paris, 1804). Ya hemos indicado, al hablar de las fiebres en general, los pasages donde establece que está inflamada en las fiebres atáxicas la membrana mucosa gastro-intestinal.

»Dando una ojeada á la esposicion histórica que acabamos de hacer, vemos manifestarse dos tendencias opuestas en los sistemas médicos de que ha sido objeto la fiebre tifoidea: unos se proponen referir las fiebres á una lesion orgánica; otros procuran conservarles la categoria de fiebres esenciales. En seguida veremos á estas mismas tendencias volver á presentarse en nuestros dias.

»Al publicar Petit y Serres su *Traité de la fièvre entero-mesenterique* (en 8.º; Paris, 1813), se propusieron demostrar, que la fiebre de este nombre no debe confundirse con las adinámicas y atáxicas; que constituye «una afeccion *sui generis*, distinta de todas las que se han descrito hasta el dia (*loc. cit.*, Avertiss., página 13), y cuyo asiento primitivo se halla en el bajo vientre; y que de esta causa se derivan como de su principio todos los síntomas que la distinguen.... Estos síntomas, añaden, pueden dividirse segun que se manifiestan en las inmediaciones del sitio de la enfermedad, ó en órganos distantes (*loc. cit.*, p. 155). La alteracion del bajo vientre precede y acompaña en su desarrollo á la fiebre entero mesentérica, y la duracion y el peligro de esta son siempre proporcionados á la intensidad de la afeccion abdominal» (p. 158). A pesar de estas opiniones, tan esplícitamente formuladas, se encuentran en otras partes de su obra ideas contradictorias. Despues de haber dicho que la fiebre mesentérica de Baglivio y las descritas por Sidenham y por Roederer y Wagler tienen la mayor semejanza con la observada por ellos, concluyen asegurando no haber encontrado ninguna señal de su fiebre entero-mesentérica en las obras antiguas, á no ser en la de Prost (*De la fièvre entero-mesenterique*, página 185).

»La doctrina de Serres y Petit, que propendia á establecer una esencialidad febril distinta de todas las demas, con el nombre de *entero-mesentérica*, no habia tenido todavia mucho eco, cuando Broussais se apoderó de ella para esplotarla en provecho de su doctrina. En su consecuencia sostuvo en el *Exámen de las doctrinas médicas* (1813), y despues en diferentes escritos, que todas las fiebres dependian de una flegmasia de los intestinos; sirviéndose precisamente de los trabajos de Prost, de Petit y de Serres, para probar que la lesion intestinal era de naturaleza inflamatoria y que debian referirse á ella todas las fiebres.

»Todavia continuaba con calor la discusion de este asunto, cuando en 1820 resucitó Bretonneau la comparacion de Willis, Le Cat, Petit y Serres, entre la lesion intestinal de la fiebre tifoidea y la erupcion variolosa. Trousseau reclama en favor de Bretonneau este ingenioso paralelo entre las fiebres eruptivas de los intestinos y las de la piel (*De la Maladie à laquelle M. Bretonneau a donné le nom de dothinenterie ou de dothinenterite*, *Arch. gén. de méd.*, t. X, p. 168; 1826); y efectivamente preciso es confesar, que él fué el primero que sostuvo que la fiebre tifoidea es una afeccion específica y contagiosa, cuya lesion característica reside esclusivamente en los intestinos, y que tiene períodos y curso regulares; solo que al principio no le ocurrió «asignar siempre por causa á la fiebre atáxica la inflamacion de las glándulas de Peyero y de Brunero» (mem. cit., p. 202). A pesar de esta incertidumbre respecto á la causa de las fiebres maligna y pútrida, se fué adoptando la costumbre de referirlas á la lesion intestinal, y los discípulos de Bretonneau difundieron con sus escritos la doctrina de su maestro (Leuret, *Mem. sur la dothinéntérie observée à Nancy; Arch. gén. de méd.*, t. VIII, p. 161; 1828.—Gendron, *Dothinenteries observées aux environs du Château du Loir*; *Arch. gén de méd.*, t. XX, p. 185; 1829).

»La notable obra de Louis vino á fijar definitivamente un punto de doctrina piretológica, que por tanto tiempo se habia discutido. Separó de entre las fiebres esenciales la inflamatoria, la biliosa, la mucosa, la pútrida y la maligna, y por medio de un examen rigoroso y severo de las lesiones y síntomas propios de la tifoidea, trató de probar que esta comprendia todas las fiebres admitidas hasta entonces (*Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre tiphoïde*, 2 vol. en 8.º; Paris, 1829, y segunda edicion, 2 vol. en 8.º, Paris, 1841). Hartas veces hemos citado este libro, que puede considerarse como un modelo de laboriosa investigacion, para que nos dispensemos de elogiarle. Solo diremos, que si el análisis minucioso de los hechos particulares que presenta su autor en cada página hacen su lectura algo penosa, tambien conduce á datos mas ciertos en semeiótica y en anatomia patológica. Por lo demas, considerando Louis la lesion de las chapas como un trabajo flegmásico, no ha echado de ver que no hacia mas que reproducir bajo otra forma y en otros términos la gastro-enteritis de Broussais; pues en sus manos venia á ser la calentura tifoidea una enteritis foliculosa y nada mas. Nunca hemos podido descubrir diferencias capitales

entre ambas doctrinas, ni comprender la causa de las discusiones suscitadas por Broussais. Sin embargo, Louis en la última edicion de su libro asienta «que la afeccion tifoidea se parece bajo algunos puntos de vista á las enfermedades eruptivas y á las agudas inflamatorias propiamente dichas, diferenciándose en otros y distinguiéndose de todas las dolencias conocidas por muchos caractéres fundamentales» (t. II, p. 515).

»Chomel en sus lecciones de *Clínica médica*, publicada por Genest (*Fièvre typhoïde* en 8.°; Paris, 1834), trae el resultado de numerosas observaciones hechas acerca de esta enfermedad. Su libro contiene la descripcion metódica y sucinta de los síntomas y de las diferentes formas de la fiebre tifoidea, y le hemos puesto muchas veces en contribucion al redactar nuestro artículo. Chomel admite como Louis la naturaleza inflamatoria de la lesion intestinal (p. 525); sin embargo, se inclina á colocar en los líquidos, mas bien que en los sólidos, el origen de la enfermedad (p. 538).

»La primera edicion de la *Clínica médica* de Andral contiene bajo el nombre de *exantema intestinal*, la descripcion de la fiebre tifoidea, hecha con un cuidado estraordinario y enriquecida con numerosas observaciones acerca de los síntomas y de las alteraciones; en cuyo estudio ha procedido el autor con un espíritu de analisis y una imparcialidad, que le hacen muy interesante. Considera la enteritis foliculosa como el origen de muchas fiebres esenciales y en particular de la tifoidea (t. I, p. 525, en 8.°; Paris, 1834). Pero desde la época en que publicó su libro, nuevas investigaciones le han decidido á no ver en esta afeccion sino una pirexia, que coloca al lado de los exantemas, separándola enteramente de las flegmasias. En su concepto, la fiebre tifoidea es una enfermedad general febril, y ya hemos dicho los motivos en que funda su opinion (V. Naturaleza). Trata de inclinar á los médicos á las doctrinas que estaban generalmente admitidas en patologia á fines del último siglo, y que ha sostenido Bretonneau. Es curioso ver á los médicos, despues de sufrido por algun tiempo el despótico yugo de la localizacion, sacudirle de nuevo, para volver á la esencialidad febril, que va contando á su favor los votos de mas peso. En el dia se coloca naturalmente la fiebre tifoidea al lado de la peste, de la fiebre amarilla, de los exantemas, etc., y despues de haber trabajado con tanto ardor para descubrir su lesion anatómica mas constante, se ha llegado á no ver en ella mas que uno de sus efectos.

»Réstanos hablar de un hombre, que ha procurado activamente hacer triunfar la doctrina de Broussais, y al cual debemos importantes investigaciones acerca de la fiebre tifoidea. Bouillaud, en su *Traité clinique et esperimental des fièvres essentielles* (en 8.°; Paris, 1826), y sobre todo en su *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité* (t. I, en 8.°; Paris, 1837), y en su *Nosographie médicale* (t. III, en 8.°; Paris, 1846), ha reunido muchos datos clínicos sobre el curso, duracion y tratamiento de la enfermedad. Sin participar de ningun modo de sus doctrinas, debemos aconsejar la lectura de las páginas que consagra á su vigorosa esposicion. Lo mismo decimos del *Tratado de la enteritis foliculosa* de Forget (en 8.°; Paris, 1841). Aunque escrito con mucha conviccion y una buena fé digna de elogio, no puede menos de dar este libro una idea falsa é incompleta de la fiebre tifoidea; porque no advierte su autor que solo enseña los hechos por una de sus caras. Sus estudios históricos son muy esmerados.

»Podriamos citar todavia muchos opúsculos, memorias y tésis, que han aparecido, ora sobre la fiebre tifoidea de los niños, ora sobre la etiologia y tratamiento de la enfermedad en general; pero solo conseguiriamos hacer una estéril enumeracion de los títulos de las obras que se encuentran indicadas oportunamente en el discurso de este artículo» (Monneret y Fleury; *Compendium de médecine pratique*, t. VIII, p. 163-279).

FIN DEL TOMO XIV Y VIII DE LA PATOLOGIA INTERNA.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

FIN DEL INDICE.

